

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1929

THÈSE

POUR LE

No
61

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jeanne, Henriette HÉBERT

Née le 28 novembre 1901, à Paris
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

ÉTUDE MÉDICO-SOCIALE

SUR LA

MORTALITÉ DU PREMIER ÂGE

Résultats d'une Enquête effectuée dans la Région Parisienne

Président : M. LÉON BERNARD, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR DELAVIGNE, 2

1929

FRANCE

18

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1929

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jeanne, Henriette HÉBERT

Née le 28 novembre 1901, à Paris
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

ÉTUDE MÉDICO-SOCIALE

SUR LA

MORTALITÉ DU PREMIER ÂGE

Résultats d'une Enquête effectuée dans la Région Parisienne

Président : M. LÉON BERNARD, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR DELAVIGNE, 2

1929

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médical chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TIESSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GUSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRÂNCA.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN . .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale
BAUDOUIN . .	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale
BRULE	Pathologie médicale.
CADENAT . . .	Pathologie chirurgicale.
CHABROL . . .	Pathologie médicale.
CHIRAY . . . }	Pathologie médicale.
CLERC }	
DEBRÉ	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT . . .	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FIESSINGER . .	Pathologie médicale.
GARNIER . . .	Pathologie expérimentale.
GATELLIER . .	Pathologie chirurgicale.
HARVIER . . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL . . .	Pathologie médicale
JOYEUX	Parasitologie.

MM

LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE . . .	Oto rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique
LEVY-SOLAI.	Obstétrique.
LHERMITTE . .	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU . . .	Pathologie chirurgicale
MERCIER (Ferdinand).	Pharmacologie.
METZGER . . .	Obstétrique.
MONDOR . . .	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale
MULON	Histologie.
OBERLING . . .	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PHILIBERT . .	Bactériologie
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils . .	Physiologie
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RA-DOT (Pasteur).	Pathologie médicale.
VAUDESCAL . .	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique

MM

NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
REITTERER . . .	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE . . .	} Clinique chirurgicale.	LERI	Clinique médicale.
AUVRAY . . .		MOCQUOT . . .	} Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . .		PROUST . . .	
LAIGNEL-LAVASTINE . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . .	
LE LORIER . .	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

AUX MIENS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur LÉON BERNARD

Professeur de Clinique de la tuberculose

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'Hôpital Laënnec

Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Professeur agrégé ROBERT DEBRÉ

Médecin de l'Hôpital Beaujon
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a inspiré cette thèse et m'a
toujours guidé de ses conseils. En
témoignage de ma profonde recon-
naissance.*

A Monsieur le Professeur agrégé ANDRÉ JOUSSET
Médecin de l'Hôpital Laënnec

Hommage de mon respectueux attachement.

A Mademoiselle le Docteur CRÉMIEU-ALCAN

Qui a bien voulu mettre à ma disposition les documents nécessaires à cette étude, j'adresse ici tous mes remerciements.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage

M. le Professeur CHAUFFARD.

Externat

M. le Docteur WIART.

M. le Docteur LENORMANT.

M. le Docteur BENSAUDE.

Internat provisoire

1925-1926 } M. le Docteur FÉLIX RAMOND.
 } M. le Professeur agrégé DEBRÉ.

Internat

1925-1926 } M. le Professeur agrégé MATHIEU.
 } M. le Docteur MILHIT.

1926-1927 } M. le Docteur DEVRAIGNE.
 } M. le Professeur MARFAN.

1927-1928. — M. le Professeur agrégé JOUSSET.

1928-1929 } M. le Professeur agrégé ROBERT DEBRÉ.
 } M. le Docteur GUILLEMOT.

A MES CONFÉRENCIERS

MM. les Docteurs HUBER, DE GENNES, Médecins
des Hôpitaux.

M. le Docteur MAURER

J. CH. BLOCH, Chirurgien des Hôpitaux.

AVANT-PROPOS

On connaît le faible accroissement annuel de la population française. Deux facteurs entrent en jeu pour expliquer ce phénomène :

L'abaissement de la natalité d'une part ;

Un chiffre trop élevé de la mortalité de l'autre.

Nous voulons montrer très rapidement la part respective de ces deux causes. Nous verrons aussi combien le taux de natalité française est maintenant proche du taux de natalité des pays voisins. Combien au contraire les pourcentages de mortalité leur demeurent supérieurs. Nous verrons que cette majoration du nombre de décès est très appréciable pendant la première année de la vie.

Ces conclusions souligneront l'intérêt d'une étude sur les causes de la mortalité des enfants du premier âge. La description d'une enquête récemment effectuée dans la région parisienne à l'instigation de la Société des Nations et l'exposé de ses résultats constitueront la partie essentielle de ce mémoire.

La dépopulation et le problème de la natalité

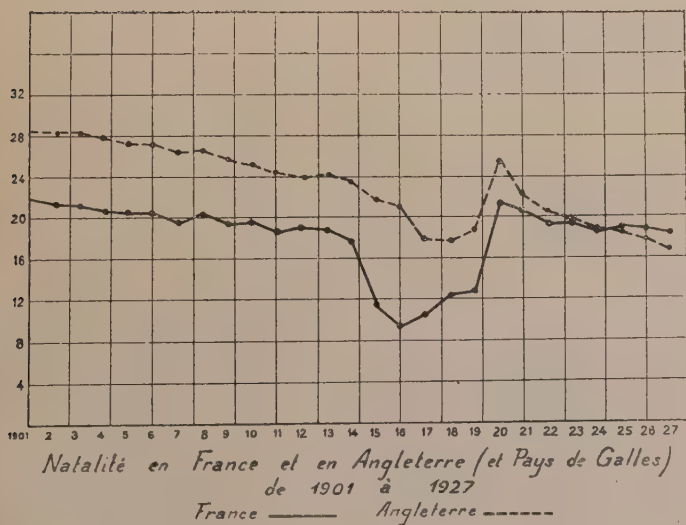
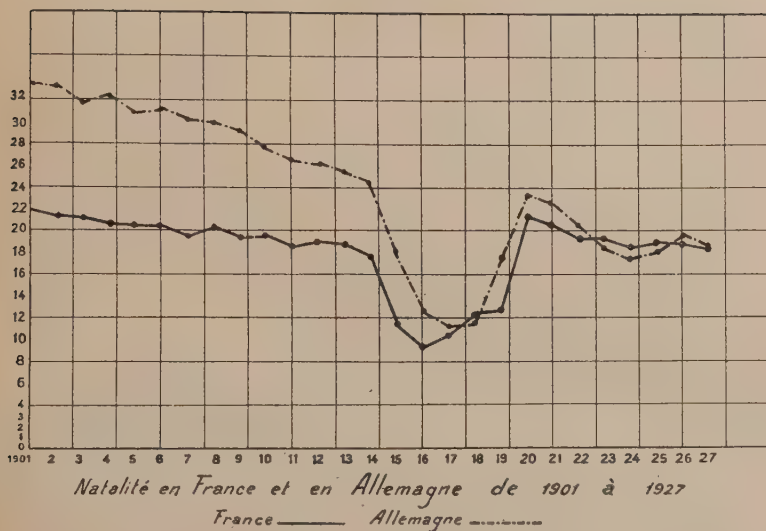
La population française s'accroît peu. Deux chiffres en témoignent : le nombre des habitants atteignait trente-six millions six cent mille en 1881 et quarante millions six cent mille en 1925. Étudié pendant une période de temps plus longue encore, de 1851 à 1921, l'accroissement de la population n'a été que de 10 %. Pendant cette même période trois pays : l'Angleterre, la Prusse et les Pays-Bas progressaient de 100 %.

Doit-on attribuer ce fait à la diminution des naissances ?

Tel fut pendant longtemps le facteur principal.

Si l'on étudie le taux de la natalité dans les différents pays d'Europe, on constate qu'il décrit pour chacun d'eux une courbe descendante. La France a été la première frappée et ce déclin commence pour elle après les guerres napoléoniennes. Ce n'est qu'entre 1850 et 1860 qu'il s'est manifesté dans les Pays Scandinaves et la Finlande, après 1870 dans les pays de l'Europe Centrale, entre 1880 et 1890 qu'il est devenu net en Serbie, Hongrie et Italie. En sorte que pendant plus d'un demi-siècle, la diminution de la natalité en France a contrasté dangereusement avec son augmentation dans les pays voisins. Mais depuis le début du ^{xx}e siècle ces différences s'estompent. Toutes les nations civilisées ont des taux de natalité en baisse si l'on excepte la brève augmentation qui s'est marquée pour chacune d'elles dans les années d'après-guerre.

Ainsi qu'en témoignent les tableaux ci-contre les



courbes tendent à se rejoindre. Le chiffre de 30 naissances par an pour 1000 habitants fréquent autrefois ne s'observe plus qu'en Roumanie, en Bulgarie, en Espagne et au Portugal. Dans la plupart des pays d'Europe, le taux de la natalité est inférieur à 25 pour 1000, taux qui était celui de la France en 1880.

En 1927 ce chiffre est descendu pour nous à 18. Mais l'Allemagne, l'Angleterre, la Belgique, la Suisse, la Suède et la Norvège sont à nos côtés.

Ces comparaisons permettent de conclure que l'abaissement de la natalité ne peut pas expliquer à lui seul la dépopulation qui s'observe électivement en France. Cherchons si une trop forte mortalité infantile ne pourrait pas être invoquée.

La mortalité générale

La mortalité générale en France accuse-t-elle les chiffres décroissants qui sont ceux des pays voisins. D'autre part l'abaissement de la mortalité infantile suit-il le mouvement de la mortalité générale ?

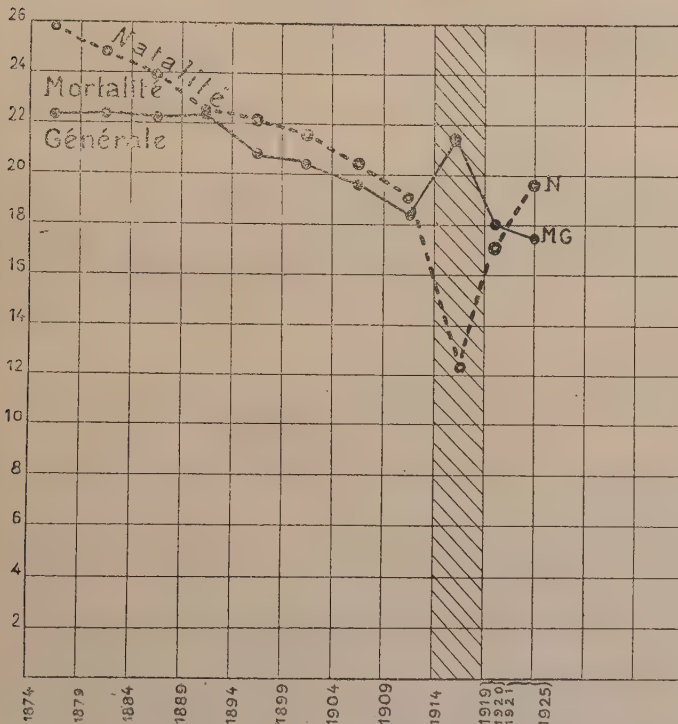
Si l'on compare le nombre de décès dans les pays d'Europe à différentes époques, telles que 1880-1914 et 1927, on n'a pas lieu d'être satisfait de la situation de la France. Alors que le chiffre de morts pour 1000 habitants était de 23 en 1880, il se maintenait à 19,5 en 1914 et à 16,5 en 1927.

L'Allemagne dont la mortalité de 27,5 pour 1000 dépassait la nôtre en 1880, arrivait à 20 en 1914 et à 12 en

1927. L'Angleterre passait de 24,5 en 1914 à 12,3 en 1927, l'Italie de 28 à 15,5.

Il reste donc en France beaucoup à faire pour obtenir les résultats atteints dans les pays voisins.

Le tableau que nous donnons ci-dessous oppose la courbe descendante de la natalité à celle beaucoup moins inclinée de la mortalité générale.



*Natalité et mortalité générale en France de 1874. à 1925
(par périodes quinquennales)*

La mortalité infantile

Si l'on distingue maintenant dans le nombre global des décès ceux qui se rapportent à la mortalité infantile, nous voyons qu'il faut encore séparer :

Le chiffre des morts d'enfant de un à quatorze ans. L'abaissement de celui-ci au cours des vingt dernières années est peu marqué. Il est même stationnaire pour les enfants de un à quatre ans, ce qui semble répondre à une recrudescence marquée des maladies infectieuses.

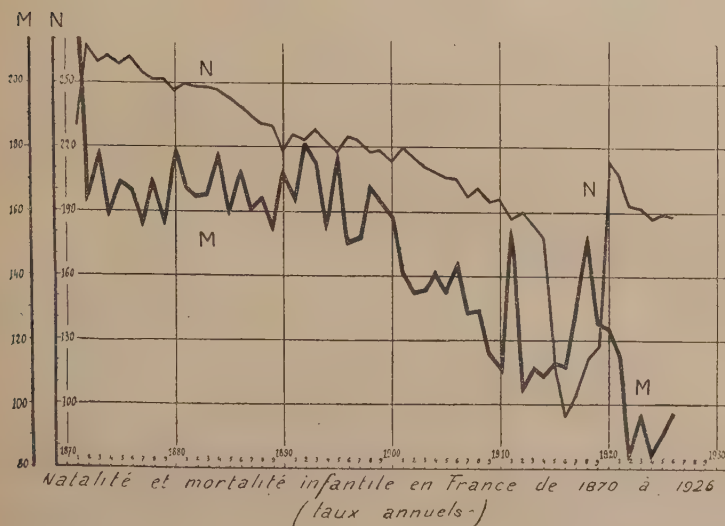
Le chiffre des morts d'enfants de zéro à un an que nous désignerons sous le nom de mortalité du premier âge :

Ce chiffre est considérable puisqu'il atteignait plus de la moitié de toute la mortalité infantile suivant une statistique dressée de 1903 à 1912 à Paris par Juillerat et Fillassier, mais on note pour lui cependant un abaissement sensible.

Alors que sur 1000 enfants nés vivants il en mourait 167 en 1881-87, ce déchet était réduit à 95 en 1921-25 et 89 en 1927. Cet abaissement très électif de la mortalité des enfants du premier âge témoigne d'abord de la diffusion des principes d'hygiène. Mais il est aussi une des conséquences, la seule qui soit heureuse au point de vue démographique, de la diminution de la natalité : Les mêmes efforts matériels réalisés par les familles donnent des résultats d'autant meilleurs que les enfants à élever seront moins nombreux.

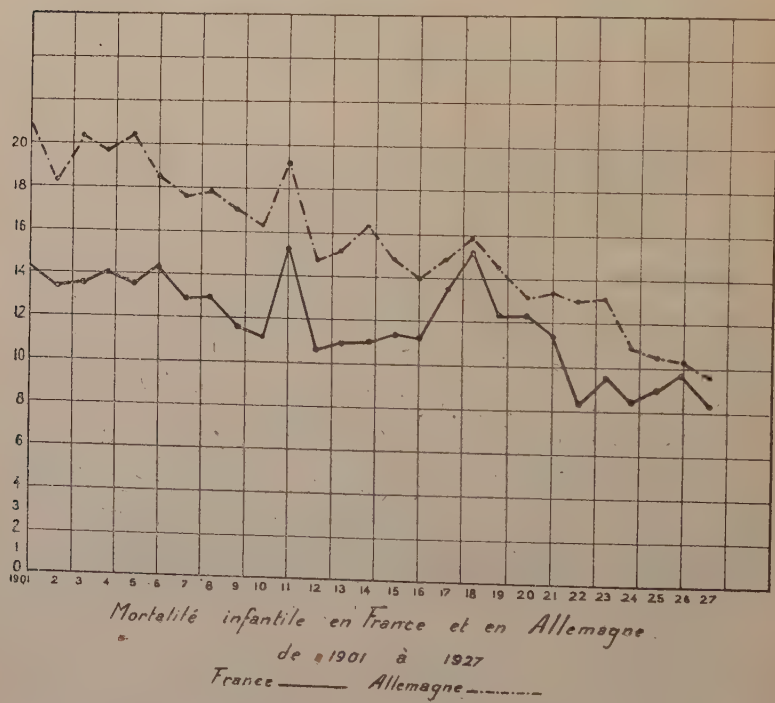
Devons-nous nous estimer satisfaits des résultats obtenus ?

C'est ici que la comparaison avec les pays voisins doit nous inciter de nouveau à un jugement sévère.



L'Allemagne qui perdait 199 enfants de moins d'un an sur 1000 pendant la période 1901-1905, n'en perdait plus que 85 en 1925. En Angleterre, au Pays-Bas, en Suède et en Norvège le taux de mortalité du premier âge est actuellement inférieur à 80 pour le premier pays, à 60 pour les trois autres. Les deux courbes page 18 illustreront ces faits mieux que l'énumération des chiffres.

Quelle perte annuelle représente pour la France, la mortalité du premier âge? Plus de 60.000 nourrissons succombent chaque année. Il faut ajouter à ce chiffre celui de la mortinatalité qui dépasse 30.000 (la loi



française étend ce terme, comme nous le verrons, aux enfants qui, nés vivants, meurent dans les trois jours qui suivent la naissance). Ce qui constitue au total près de 100.000 vies humaines qui sont fauchées dès leur apparition.

Pour expliquer un pareil désastre que peut-on invoquer ?

Le chiffre de natalité ne suffit pas à tout expliquer. Paris qui a un nombre de naissances moyen : 16 pour 1000 habitants, a une mortalité infantile forte, 8,9 pour 1000 nés vivants.

Les Pays-Bas où la natalité est demeurée élevée, 19,7 à Amsterdam, 21,8 à Rotterdam, ne perdent que 45 enfants sur 1000.

Le climat ne semble pas agir non plus d'une façon prépondérante. Une ville comme Londres où règne le brouillard pendant les mois d'hiver n'a qu'une mortalité infantile de 68 ‰.

A New-York où 60 ‰ des habitations manquent de lumière en raison de la hauteur des gratte-ciels et de l'étroitesse relative des rues ce taux est de 66 ‰.

	Natalité	Mortalité infantile		Natalité	Mortalité infantile
Berlin.....	41	9,3	Londres	18,8	6,8
Hambourg ..	14,2	8,4	Copenhague..	18,4	7,2
Vienne	14,2	9,8	Stockholm...	12,5	4,9
Budapest ...	17,2	14,1	Oslo.....	14,3	4,4
Amsterdam ..	19,7	4,5	Moscou.....	30,4	17,4
Rotterdam ..	21,8	4,5	Madrid	24,6	14,2
Bruxelles...	13,6	8,1	Le Caire....	50,2	24,9
Paris.....	16	8,9	New-York...	21,2	6,6

Il y a donc à la persistance d'un chiffre élevé de décès du premier âge des causes profondes.

C'est pour les préciser dans une certaine mesure qu'une enquête a été effectuée sous les auspices de la Société des Nations dans les principaux pays d'Europe.

C'est le développement des recherches entreprises dans la région parisienne que nous apportons ici.

L'ENQUÊTE DE LA SOCIÉTÉ DES NATIONS

Telle est la position actuelle du problème : Les décès d'enfants du premier âge sont en nombre considérable. Or pour définir les mesures de prophylaxie propres à les réduire une étude approfondie des causes de ces morts est nécessaire.

En 1927 le Comité d'Hygiène de la Société des Nations vota le principe d'une enquête sur la mortalité du premier âge. La lecture des statistiques officielles ne pouvait être à ce sujet que d'un secours médiocre, nous en dirons les raisons. Le principe adopté par la conférence fut donc de « substituer à ce système ancien portant sur un grand nombre de cas, un procédé nouveau d'investigations : étude limitée, de caractère essentiellement clinique et médico-social, se déroulant lentement et visant à recueillir des renseignements relativement peu nombreux mais précis et instructifs ».

Quels griefs peut-on relever contre les statistiques officielles ? Elles reflètent le diagnostic d'un médecin souvent appelé tardivement, qui parfois même peut n'avoir qu'un décès à constater. Elles fournissent donc l'indication d'un symptôme qui peut n'être qu'un épisode ter-

minial au cours d'une maladie méconnue. Telle est la notation de « Convulsions » si souvent relevée.

Elles peuvent n'être même que la traduction d'un renseignement vague hâtivement reconstitué d'après les dires de la famille : Tel est le diagnostic de « débilité congénitale » dont il est également abusé. Il existe donc un premier point à retenir : l'insuffisance des moyens d'information concernant les causes de mortalité. Il en résulte qu'une grande partie de la pathologie du nourrisson est ainsi méconnue. Notamment les maladies infectieuses dont les manifestations sont larvées à cet âge de la vie.

Seule une enquête familiale approfondie et la recherche du contagé permettraient de les dépister. Aussi le nombre de décès par tuberculose, syphilis ou affections contagieuses aiguës ne figure-t-il que d'une façon très fantaisiste dans les nomenclatures municipales.

D'autre part les statistiques ne rendent pas compte des facteurs sociaux si importants dans la détermination des morts de nouveau-nés : conditions d'habitation, mode d'allaitement, état de misère ou d'aisance, nombre d'enfants, tous ces éléments intervenant de façon variable.

L'étude résolue par la Société des Nations devait parer à ces inconvénients. Elle fut établie sur les principes suivants : Organisation d'une enquête internationale à laquelle sept pays participaient : France, Allemagne, Autriche, Pays-Bas, Angleterre, Italie et Norvège.

Pour chacun d'eux le choix était fait de quatre districts d'environ 100.000 habitants comprenant : deux secteurs

urbains, deux secteurs ruraux et dans chacun de ces groupes l'un à mortalité infantile haute, l'autre à mortalité infantile basse. Pendant un an devaient s'y effectuer des recherches à propos de chaque décès d'enfant de moins d'un an survenu dans la localité. Grâce à la collaboration du praticien, de l'infirmière visiteuse, du médecin de dispensaire ou du chef de service lorsque le nourrisson avait été conduit à l'hôpital, un diagnostic très précis devait pouvoir être établi, non plus du symptôme frappant mais terminal, mais de la maladie souvent masquée ayant déterminé la mort du tout petit.

D'autre part, à cette étude de la mortalité infantile devait se joindre celle de la mortinatalité. Or celle-ci est définie de façon variable par les différents pays. En France notamment, le terme de mort-né désigne non seulement l'enfant décédé au moment de sa naissance, mais encore celui qui succombe pendant le délai de déclaration obligatoire à la mairie, le terme de celui-ci étant fixé à trois jours. Cette confusion est des plus regrettable. Aussi la Société des Nations formula-t-elle la définition suivante :

Un mort-né est un fœtus viable qui n'a pas respiré, un fœtus étant déclaré viable lorsqu'il mesure au moins 35 centimètres et est le produit d'une gestation d'au moins 6 mois $1/2$.

Tels furent les principes généraux admis par la Commission d'Hygiène.

Les détails de fonctionnement de l'enquête devaient évidemment varier avec les pays en s'adaptant à leur organisation médicale et sociale.

Nous ne nous proposerons dans ce mémoire que l'étude des recherches poursuivies dans les secteurs urbains français. Ni les résultats obtenus dans les districts ruraux, ni les rapports étrangers n'ont pu être encore réunis étant donné ce qu'une pareille investigation comporte de lent et minutieux travail. Cette thèse n'apporte donc que le début d'une documentation qui sera par la suite très complétée.

L'enquête effectuée dans la région parisienne

L'enquête française s'est déroulée du 1^{er} avril 1927 au 1^{er} avril 1928. Elle fut placée sous la haute surveillance de M. le Pr agrégé Robert Debré de la Faculté de Médecine de Paris. Des médecins spécialisés dans les questions d'hygiène devaient assumer la direction des recherches régionales : M. le Dr Jeannon pour les secteurs ruraux choisis en Normandie et en Touraine, Mlle le Dr Crémieu-Alcan pour les districts urbains situés tous deux dans la région parisienne. Nous remercions tout particulièrement le Dr Crémieu-Alcan qui, en mettant ses dossiers à notre disposition, nous a permis ce travail. Nous apportons ici une étude de l'enquête effectuée dans la région parisienne.

Elle fut menée parallèlement :

A Paris dans le quartier de Plaisance et dans la zone des fortifications qui lui est maintenant rattachée. L'un et l'autre sont fort déshérités.

En banlieue dans la petite ville de Vanves où les conditions d'existence sont infiniment meilleures.

Description du fonctionnement de l'enquête

Pour être menée à bien cette étude de la mortalité infantile nécessitait la collaboration.

1° Des secrétaires de mairie qui devaient signaler aux directeurs régionaux toute déclaration de décès d'enfant de moins d'un an, ainsi que le nom du médecin ayant signé le décès ;

2° Celle des Médecins traitants ;

3° Celle des sages-femmes ;

4° Celle des infirmières visiteuses pouvant seules préciser les conditions hygiéniques et sociales dans lesquelles avait vécu l'enfant ;

5° Enfin l'assentiment des parents qui pouvaient refuser de se prêter à l'enquête.

Le fonctionnement de cette organisation délicate a été parfait tant à Vanves qu'à Plaisance.

Au moment de la déclaration d'un décès d'enfant de moins d'un an à la mairie, une notice était remise à la famille pour les préparer à l'enquête, notice dont voici la teneur :

Notice pour les familles

« Sous les auspices de la Société des Nations et d'accord avec les gouvernements intéressés, une enquête ayant pour but l'étude approfondie des maladies de la première enfance et des moyens de les combattre se poursuit actuellement dans certains pays, notamment en France.

La documentation que réclame cette enquête concerne avant tout les enfants vivants, mais doit s'étendre aussi aux enfants décédés avant l'âge de un an.

Les parents qui ont eu la douleur de perdre un enfant de cet âge comprendront que les précisions qu'ils pourront donner seront de nature à protéger d'autres vies humaines, un devoir d'humanité les poussera donc à éclairer, malgré leur profond chagrin, les personnes qui se présenteront à eux dans l'espoir de recueillir les renseignements utiles à l'organisation de la lutte contre la mortalité infantile ».

Le secrétaire de mairie prévenait immédiatement le service central chargé de l'enquête de la mort du nourrisson et fournissait le nom du médecin ayant signé le bulletin de décès ainsi que le diagnostic formulé.

Les praticiens des quartiers où devait se dérouler l'enquête avaient de même été préparés à celle-ci. Pour s'assurer de leur collaboration indispensable, il fallut en effet vaincre certaines répugnances. La plus sérieuse tenait à la crainte de la violation du secret professionnel. Il était facile de parer à cet inconvénient en leur envoyant une fiche médicale à remplir dont la partie supérieure, portant les indications de nom et d'adresse, était détachable par eux. La fiche était retournée ne portant plus qu'un numéro d'ordre.

Il fallut d'autre part leur demander de fournir des diagnostics le plus précis possible.

Une nomenclature des principales maladies de l'enfance éditée par les soins du Comité d'hygiène de la Société des Nations leur avait été envoyée. Une notice

explicative était jointe. Elle soulignait le fait que dans cette liste d'affections ne figurerait pas le terme de « convulsions », qu'il y avait intérêt à remplacer celui-ci par la cause ayant pu les provoquer, telle que traumatisme obstétrical, spasmophilie, méningite.

Elle faisait d'autre part remarquer que les mots trop vagues de « débilité congénitale » n'y étaient pas notés non plus.

Par contre l'état de prématuration avec débilité pouvait être considéré comme cause de mort, l'origine de la prématuration étant elle-même à définir.

L'attention des médecins était attirée sur l'intérêt de préciser la nature des troubles digestifs lorsqu'ils étaient en cause en indiquant s'ils étaient apparus comme phénomènes accessoires au cours d'un autre état morbide. Lorsqu'ils étaient primitifs s'ils témoignaient d'erreurs dans l'alimentation, ou si l'allaitement étant correct, ils marquaient une infection aiguë du tube digestif.

En ce qui concernait les maladies de l'appareil respiratoire la précision du diagnostic était également requise : bronchite, pneumonie, broncho-pneumonie, et pour justifier celui-ci un certain nombre de signes tels que pour la broncho-pneumonie l'existence de polypnée, de battement des ailes du nez, d'un foyer avec souffle, retentissement du cri et submatité.

La difficulté de reconnaître une maladie infectieuse aiguë était soulignée ; chez le tout petit les diphtéries sans fausses membranes, les rougeoles sans éruption et les coqueluches sans quintes étant fréquentes. L'intérêt

de dépister un milieu épidémique découlait de ces notions.

Cette même notion de contagion se retrouvait pour les deux infections chroniques : la tuberculose et la syphilis.

En matière de tuberculose l'importance de rechercher le contaminateur familial ou accidentel était soulignée.

Enfin pour porter le diagnostic de syphilis des signes de certitude étaient demandés : splénomégalie, pemphigus, lésions muqueuses, etc... Mais une réaction de Wassermann positive n'était pas reconnue indispensable.

Telles sont les remarques qui, venant s'ajouter à la nomenclature sèche des maladies de la première enfance, étaient envoyées à tous les médecins qui voulaient bien participer à l'enquête.

La partie médicale de ces recherches était complétée par la consultation des diverses fiches qui avaient pu être formulées pendant la vie de l'enfant, tant à la Maternité que dans les consultations de nourrissons ou les hôpitaux où il était suivi.

Le troisième rouage de cette organisation de travail était constitué par les infirmières-visiteuses. Nous verrons combien leur concours aura été précieux tant à Vanves où elles dépendent de l'Ecole Marie Lannelongue qu'à Plaisance où elles appartiennent à l'œuvre de la Protection maternelle et infantile dirigée par Mlle Chaptal. C'est à force de patience et de tact qu'elles sont arrivées à recueillir des dossiers sur les conditions d'existence, tant hygiéniques que sociales qui étaient le complément indispensable de l'enquête.

Grâce à tous les moyens mis en œuvre, d'après les indications obtenues des mairies, des médecins et des infirmières, un questionnaire très détaillé a pu être rempli concernant chaque décès d'enfant de moins d'un an survenu pendant la période d'étude. Voici comment étaient formulés ces questionnaires :

Questionnaire

N°...

Date de naissance : ...

Date de la mort : ...

Sexe : ...

I. — Informations générales

1. Conditions générales du logement :
 - a) Loyer (locataires ou sous-locataires) ;
 - b) Dispositifs du logement (en particulier des chambres à coucher et des lits) : ...
 - c) Les parents habitent-ils le logement depuis la naissance de l'enfant ou non, et dans ce cas depuis quand ?
 - d) Nombre des occupants du logement :
 - 1) Personnes de moins de 13 ans ;
 - 2) Personnes de plus de 13 ans ?
 - e) Conditions hygiéniques générales du logement :
 - 1) W.-C. (communs ou personnels) ;
 - 2) Propreté ;
 - 3) Lumière et orientation.

II. — Histoire de la famille

1. Histoire pathologique de toute la famille, depuis la naissance de l'enfant.
2. Situation économique de toute la famille (aisance, demi-aisance, indigence).

3. Assurance ou mutualité :

Est-ce que les parents, le père ou la mère sont assurés ou font partie d'une Société de secours mutuels ?

Est-ce que l'enfant bénéficie des secours médicaux de ces organisations et depuis quand ?

La famille bénéficie-t-elle d'allocations familiales, et, si tel est le cas, lesquelles :

4. Père :

a) Age ;

b) Etat de santé ;

c) Occupations : patron ou employé, ouvrier ou chômeur ;

d) Est-ce que le père vit avec la mère ?

Si le père est séparé de la mère pourquoi (enfant illégitime, mort du père, divorce, séparation, voyage, séjour à l'hôpital, service militaire) ?

5. Mère : Est-elle vivante ou morte ?

a) Date et cause de la mort ;

b) Age ;

c) Etat de santé ;

d) Elevée à la campagne ou à la ville ;

e) Occupations ;

1) Avant le mariage (occupée à domicile ou au dehors) ;

2) Après le mariage ;

3) Travail durant la dernière grossesse ;

4) Grossesses antérieures.

5) Grossesses antérieures.

III. — Naissance

Combien la mère a-t-elle à sa charge d'enfants vivants ?

1. Surveillance anténatale (médecin, sages-femmes, consultations).

2. Naissance ;

- a) Lieu de naissance (à domicile, ailleurs, maternités, sages-femmes) ;
- b) Personnes ayant assisté à l'accouchement (médecin, sage-femme, personnes non qualifiées) ;
- c) Détails sur l'accouchement (présentation, durée, complications obstétricales, intervention chirurgicale) ;
- d) Suite de couches (normale, fébrile, soins spéciaux ou traitement médical).

IV. — *L'enfant*

1. L'enfant à sa naissance (enfants jumeaux).

- a) Mort-né (âge du fœtus) ;
- b) Enfant vivant (à terme ou prématuré) ;
- c) Etat de l'enfant à la naissance (normal, chétif, malformation congénitale) ;
- d) Poids à la naissance.

2. Etat civil ;

- a) Légitime ;
- b) Illégitime ;
- c) Reconnu ou non.

3. Conditions d'élevage de l'enfant ;

- a) Dans la famille, si l'enfant n'est pas dans sa famille, pourquoi et depuis quand l'a-t-il quittée ?
Par qui et où est-il élevé ?
- b) Valeur des soins donnés à l'enfant et conditions générales dans lesquelles il est élevé ?
- c) Valeur des soins donnés par la mère ;
- d) Surveillance médicale (l'enfant est-il sous le contrôle d'une œuvre ou surveillé par un médecin.

4. Alimentation :

- a) Au sein seulement (jusqu'à quand ?)
- b) Allaitement mixte (jusqu'à quand ?)
- c) Allaitement artificiel (depuis quand et pourquoi ?)
- d) Nature de l'alimentation artificielle ?
Convenable comme quantité et qualité ?
Est-ce que l'eau employée pour le coupage est pure ou non ?
Est-elle bouillie ?
Le lait est-il pur ou non ? Est-il bouilli ?

5. Histoire médicale et pathologique de l'enfant :

- a) Dentition, nutrition générale (courbe de poids) ;
- b) Est-il convenablement développé pour son âge ?
- c) Maladies : traitement employé (par un médecin ou à l'hôpital).

6. Mort :

- a) Où l'enfant est-il mort ?
- b) Cause inscrite sur la déclaration du décès :
 - 1) Cause principale ;
 - 2) Causes accessoires ;
- c) Par qui la mort a-t-elle été déclarée (par un médecin ou non ?)
- d) Histoire clinique complète et diagnostic exact de la maladie ayant causé la mort ;
- e) Résultats de l'autopsie ;
- f) Observations personnelles de l'enquêteur.

On conviendra qu'un questionnaire ainsi conçu permet de saisir non seulement le processus morbide ayant déterminé la mort de l'enfant, mais encore la multiplicité des facteurs hygiéniques et sociaux qui sont souvent responsables de l'évolution de la maladie.

Tel fut le mode de fonctionnement de l'enquête effectuée dans la région parisienne. Il nous reste à étudier maintenant chacun des secteurs dans lesquels elle s'est déroulée.

Nous en brosserons un rapide tableau où seront évoqués leur aspect, les conditions de logement, la classe sociale de leurs habitants. Puis nous apporterons le résumé des observations de nourrissons décédés pendant l'année écoulée.

SECTEUR DE VANVES

Description. Conditions d'habitation.

Moyens d'existence

Vanves constitue dans la banlieue Sud de Paris une agglomération d'environ 17.000 habitants. Elle est formée de deux parties différentes : le quartier bas dit du Val et le Plateau.

Le quartier du Val, situé sur l'emplacement de l'ancien village, garde de ce fait un caractère assez pittoresque. Les maisons qui le composent sont toutes vieilles, peu élevées; assez entassées. Il en est même de véritablement sordides. Mais les segments de rues étroites, jamais très longs sont vite coupés de petites places plantées d'arbres. Plusieurs demeures s'entourent de jardinets. Vers le Sud persiste du terrain non construit et boisé qui constitue encore des réservoirs d'air.

Le Plateau est au contraire un quartier neuf formé de pavillons assez peu élevés et sillonné de nombreuses rues.

Des sources d'eau pure alimentent deux grandes fontaines publiques.

Une partie de la population travaille en usine. Mais une industrie est particulièrement développée dans cette région : le blanchissage.

Il existe peu d'indigents à Vanves. Les organisations d'assistance sociale y fonctionnent régulièrement : Loi Paul Strauss dont bénéficient les femmes en couches — primes d'allaitement — caisses de compensations pour les ouvriers d'usine, secours aux familles nombreuses et assistance médicale gratuite.

Enfin deux œuvres contribuent encore par leur collaboration à améliorer les conditions d'existence de la population, c'est d'une part l'office public d'hygiène sociale dont l'action est bien connue ; c'est d'autre part l'école de pratique Sanitaire de l'Institut Lannelongue ayant le docteur Roux de l'Institut Pasteur comme directeur et le docteur Lafosse comme sous-directeur.

Il s'agit d'un centre d'infirmières. Elles sont éduquées à visiter les familles. Non seulement elles les éclairent de leurs conseils, mais encore véritables infirmières soignantes elles leur donnent des démonstrations d'hygiène pratique.

L'Institut Lannelongue a beaucoup facilité l'étude sur la mortalité du premier âge grâce au casier sanitaire des habitants de Vanves qu'il a établi en réplique du casier sanitaire des habitations. Cette organisation a permis de dresser la liste de tous les enfants ayant atteint l'âge de un an pendant la période où se déroulait l'enquête. Il était des plus instructifs de rapprocher cette statistique de celle des nourrissons décédés pendant le même laps de temps.

Telle est la population de Vanves et ses moyens de vie.

Il s'agit de gens relativement privilégiés. Quels ont été les résultats des recherches poursuivies dans ce secteur ?

Résultats de l'enquête

Le nombre de naissances à Vanves entre le 1^{er} avril 1927 et le 1^{er} avril 1928 ne peut être exactement connu car un grand nombre de femmes vont accoucher dans les Maternités parisiennes. La moyenne du nombre de naissances de 1920 à 1926 aurait été de 198 ce qui constituerait un chiffre de natalité de 118,3 pour 10.000 habitants, mais ce pourcentage est certainement trop faible.

La moyenne des décès de 0 à 1 an est de 21,9 ‰ celle des mort-nés de 14 ‰.

L'enquête pendant l'année 1927-1928 a relevé 17 morts d'enfants de moins d'un an. Elle a pu se poursuivre complètement dans 16 de ces cas. Ils se répartissent de la façon suivante :

1^o Mort-nés : trois cas.

Un cas de syphilis traitée tardivement.

Un cas de circulaire double du cordon.

Un cas pour lequel l'étude a été impossible.

2^o Décès de 0 à 10 jours. Trois cas.

Il s'agissait dans les trois cas de prématuration due deux fois au surmenage, une fois à des vomissements incoercibles au cours de la grossesse.

3^o Décès de 30 jours à 1 mois. Trois cas.

Deux enfants sevrés, l'un mort d'athrepsie, l'autre décédé subitement pour une cause inconnue.

Un enfant au sein mort brusquement de façon inexpliquée.

4^e Décès de 1 à 6 mois. 5 cas.

Deux enfants sevrés, morts de troubles digestifs ou de choléra infantile.

Un enfant au sein, un enfant à l'allaitement mixte morts tous deux de broncho-pneumonie.

Un enfant sevré mort de bronchite capillaire.

5^e Décès de 6 à 12 mois : 3 cas.

Tous les enfants étaient sevrés.

Deux sont morts de broncho-pneumonie.

Un est décédé de rougeole.

Malgré le petit nombre d'enfants sur lequel l'enquête a porté, il est permis de souligner certains faits sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir.

La très grande mortalité au cours du premier mois (les mort-nés étant exceptés) 6 enfants sur 14, près de la moitié sont décédés avant le 30^e jour.

L'influence de la prématuration dans la mortalité des tout premiers jours.

L'importance de troubles digestifs et le rôle néfaste de l'allaitement artificiel.

Obs. n° 2001. — Mort à l'âge de 24 jours. 19 mai-11 juin 1927, sexe masculin. Conditions sociales favorables. Parents bien portants. Sevré à 12 jours (lait de vache coupé au 1/4) pour vomissements (La sage-femme ayant conseillé le sevrage).

Vomissements persistent. Mis au lait condensé,

Le surlendemain raideur de la nuque, agitation extrême.
Mort. Aspect extérieur du cadavre : Fontanelle très déprimée. Amaigrissement.

Diagnostic de la déclaration de décès : gastro-entérite.

Diagnostic de l'enquête : athrepsie.

Obs. n° 2002. — Né 19 juin, mort 19 juin, sexe masculin.

Logement humide et mal éclairé.

Parents bien portants.

3 grossesses antérieures : 1) Enfant né vivant, décédé à 4 mois 1/2 de méningite foudroyante.

2) Mort-né de 6 mois il y a 3 ans.

Né à 8 mois 1/2, circulaire double du cordon serrée.

Enfant né en état de mort apparente. N'a pu être ranimé.

Obs. n° 2003. — Née 17 juillet 1926. Morte 2 juillet 1927, sexe féminin.

Logement satisfaisant. Parents bien portants.

L'autre enfant 3 ans, bien portant.

Enfant né à terme. Poids naissance : 3 kg. 750. Sevré à 8 mois. Pesait 9 kg. 11 mois.

24 jours : vomissements, diarrhée très liquide.

Mise à la diète au gelo-tanin à l'acide lactique.

1^{er} juillet : Amélioration mais l'enfant reste prostrée, extrémités froides.

2 juillet : Amélioration continue le matin.

Après midi mort en quelques minutes avec oppression, cyanose et yeux réversés.

Diagnostic bulletin décès : gastro-entérite.

Diagnostic enquête : broncho-pneumonie.

Obs. 2004. — Née 9 juillet 1927, morte 21 juillet 1927, sexe féminin.

Logement mal éclairé. Parents bien portants, mais plusieurs frères de la mère morts de méningite.

Poids naissance : 2 kg. 650. Sevrée dès la naissance, la mère voulant travailler.

A toujours crié depuis la naissance. Dans la nuit du 20 au 21 juillet mort subite sans autre symptôme que des « coliques ».

Pas de sang dans les selles, pas de fièvre, pas de convulsions, pas de troubles respiratoires.

Diagnostic du bulletin de décès : mort naturelle.

Diagnostic de l'enquête : mort subite de cause indéterminée.

Obs. n° 2005. — Né le 4 septembre 1927, mort le 26 novembre 1927, sexe masculin.

Logement satisfaisant, pauvreté.

Père alcoolique. Mère issue de parents alcooliques. A travaillé en usine jusqu'à la fin de sa grossesse.

Un enfant de 2 ans, rachitique.

Poids naissance : 3 kg. 570. Nourri au sein jusqu'à 3 semaines puis allaitement mixte, car enfant placé à la crèche. 3 semaines avant la mort, toux fréquente, puis vomissements, diarrhée, oppression marquée, respiration sifflante, écoulement séreux par les narines, amaigrissement très marqué.

24 novembre conduit à l'hôpital des Enfants où on diagnostique une broncho-pneumonie, le soir 38°2, gémississements incessants, pâleur extrême, mort dans la nuit.

Diagnostic du bulletin de décès : broncho-pneumonie.

Diagnostic rétrospectif : broncho-probable chez un athreptique.

Obs. n° 2006. — Né 22 juillet 1927, mort 9 janvier 1928, sexe masculin.

Logement petit, sale, mal éclairé. Indigence.

Père : bronchite tous les hivers. A fait une petite infec-

tion respiratoire quelques jours avant la maladie qui a emporté l'enfant.

Mère : bien portante, 3 grossesses antérieures.

1) Morte : 4 ans 1/2 de complications de rougeole ;

2) Vivante 3 ans bien portante ;

3) 2 jumelles 2 ans rachitiques.

Conditions générales d'existence de l'enfant très mauvaises.

Mère inintelligente, désordonnée, paresseuse.

Enfant a reçu B. C. G. à la naissance.

Au sein jusqu'à 3 mois, sevré brusquement à cette date.

Le père fait la grippe au début de janvier.

Le 8 janvier l'enfant refuse le biberon, T : 40. tirage sus sternal.

Râles disséminés dans les 2 poumons. Mort en quelques heures.

Diagnostic du bulletin de décès : broncho.

Diagnostic de l'enquête : bronchite capillaire, peut-être d'origine grippale (contamination paternelle).

Obs. n° 2007. — Née 7 janvier, morte 30 janvier 1928, sexe féminin, illégitime.

Hôtel meublé, humide, mal tenu. Indigence.

Parents alcooliques. Un enfant de 2 ans 1/2 atteint de bronchite chronique.

Poids naissance : 2 kg. 640. Soins insuffisants.

Le 30 janvier au réveil tousse un peu, à 9 heures pâlit, à 11 heures mort.

Diagnostic du bulletin de décès : mort subite.

Diagnostic de l'enquête : mort subite, cause inexpliquée.

Obs. n° 2008. — Née 4 décembre 1927, morte 18 février 1928, sexe féminin.

Logement satisfaisant. Parents bien portants.

2 grossesses antérieures : 1) bien portante ; 2) Fausse couche 2 mois 1/2.

Poids naissance : 2 kg. allaitement au sein, soins médiocres.

13 février : tousse un peu, quelques râles.

16 février : T. : 37°5, polypnée (R = 80), dyspnée bruyante et superficielle, pouls 110, battement des ailes du nez.

Le soir T. : 39°, râles disséminés dans les 2 poumons.

Mort vers le matin.

Diagnostic du bulletin de décès : broncho-pneumonie.

Diagnostic de l'enquête : broncho-pneumonie.

Obs. n° 2051. — Née 10 décembre 1926, morte 29 août 1927, sexe féminin.

Logement suffisant. Indigence.

Parents bien portants ; 1 autre enfant 2 ans bien portant.

Poids naissance : 4 kg. 380.

Allaitement mixte jusqu'à 1 mois, puis artificiel : lait condensé.

Elevé dans sa famille jusqu'à 2 mois.

A la crèche le jour jusqu'à 4 mois ; en pouponnière (hors localité) puis à l'hôpital.

Toussait depuis une rougeole (?) sévère contractée en juillet.

Poids au 25 juillet : 7 kg., hospitalisée le 6 août pour toux, diarrhée, vomissements. Bronchite disséminée surtout gauche. Cuti-réaction négative, troubles digestifs, diarrhée jaune. Rien aux oreilles

Vers le 13 août abcès gangreneux étendu de la nuque. Amélioration le 29 août, brusquement la température monte : 41°2, convulsions, mort.

Poids : 5 kg. 540.

Diagnostic du bulletin de décès : Convulsions.

Diagnostic de l'enquête (pyodermites, bronchite, convulsions terminales) ?

A cette époque tous les enfants de la même pouponnière ont présenté un très mauvais état général et des infections graves :

Sur 4 nourrissons 3 sont morts :

1 avec gangrène disséminée de la peau ;

1 avec syndrome infectieux-azotémie supérieure à 2 gr., adénopathie.

Sept autres enfants de plus d'un an ont eu mauvais état général et de l'impétigo.

On les a immunisés contre la rougeole sauf le plus jeune. Malgré la séro-prévention l'un d'entre eux a fait une rougeole mortelle.

Obs. n° 2052. — Née 24 janvier 1927. décédée 24 janvier 1928, sexe féminin.

Logement humide, médiocre.

Père bien portant. Mère bien portante, a soigné sa mère morte de tuberculose en 1923.

1 grossesse antérieure, prématuration (7 mois) enfant mort à 18 jours d'une méningite.

Enfant né à 7 mois (surmenage de la mère).

Poids 1 kg. 750.

Au sein jusqu'à 2 mois, puis allaitement lait condensé (insuffisance sécrétion lactée chez la mère).

2 séjours à la crèche.

7 décembre 1927 entre à l'hôpital des enfants pour rhino-pharyngite et foyer de broncho-pneumonie. Cuti négative.

Poids : 6 kg. 480.

Extension des foyers, amaigrissement. Bacilles dipht. dans l'exsudat rhino-pharyngés.

Mort 23 février. Poids 5 kg. 230.

Diagnostic du bulletin de décès : broncho-pneumonie.

Diagnostic de l'enquête : broncho-pneumonie traînante ou diphtérie.

Obs. n° 2053. — Née 20 novembre 1927, morte 17 février 1928, sexe féminin.

Logement satisfaisant.

Père bien portant. Mère chétive non bacillaire.

Poids naissance : 3 kg., 800, sevrée à 4 jours, la mère ne voulant pas allaiter ; lait stérilisé, puis lait condensé.

Mise à la crèche 10 février, 12 février diarrhée verte.

Entrée à l'hôpital des enfants. Meurt le 17 février.

Diagnostic du bulletin de décès : choléra infantile.

Diagnostic de l'enquête : choléra infantile.

Obs. n° 3001. — Née 8 mai 1927, morte 12 juin, sexe féminin

Logement : l'enfant n'y a jamais vécu.

Père toussé. Mère atteinte de scarlatine 7 jours après l'accouchement.

Enfant pesant 3 kg. 300 sevrée dès sa naissance (Refus de la mère d'allaiter). Lait sec.

Transportée avec sa mère au 7^e jour dans un hôpital de contagieux. Vomissements. Temp. : 38°3 les 2 derniers jours. Mort.

Diagnostic du bulletin de décès : Intoxication alimentaire ou scarlatine fruste.

Obs. n° 3002. — Née 2 septembre 1927, morte 3 septembre, sexe féminin.

Logement médiocre. Indigence.

Père bien portant. Mère asthmatique. Appendicite opérée au 3^e mois de grossesse. Vomissements pendant toute la grossesse

Enfant né à 7 mois. Poids 1840 gr. Mort en 24 heures.

Diagnostic : Prématuration avec débilité.

Obs. n° 3003. — Né 15 septembre 1927. Mort 15 septembre 1927 Sexe masculin.

Parents bien portants. Réaction de B. W. dans sang de mère négative. Mère : a travaillé debout jusqu'aux 3 dernières semaines avant l'accouchement.

A cette date rupture de poche des eaux. Reste étendue depuis.

Né à 6 mois 1/2. Poids : 1200 gr.

L'enfant considéré comme mort-né par la loi française a respiré quelques minutes.

Obs. n° 3004. — Née et morte 20 novembre 1927, sexe féminin.

Père : Syphilis récente, traitée à consultation externe des hôpitaux.

Mère : Syphilis constatée en octobre 1927.

1 grossesse antérieure : enfant 3 ans bien portante.

Grossesse actuelle : a travaillé jusqu'au 1^{er} novembre de 8 h. à 20 heures.

Présentation céphalique, fœtus macéré, rétention 15 jours.

Prématuration 6 mois. Poids : 1 kg.

Diagnostic : Syphilis certaine : le 15 octobre 1927 la mère est reconnue porteuse d'une roséole. B. W. positif. Novar. B. W. de sang du mari positif.

Obs. n° 3005. — Née 6 décembre, morte 11 décembre, sexe féminin.

Parents bien portants.

3 grossesses antérieures :

1) Mort-né 1919. La mère a eu éclampsie.

2) Vivant 7 ans, bien portant.

3) Vivant 4 ans, bien portant.

Accouchement 8 mois. Travail : 11 h. 45, liquide amniotique fortement teinté de sang et méconium. Rupture prématurée des membranes. T. : 38°.

Poids enfant : 1520 gr., placenta 470 gr.

Enfant nourrie au lait maternel, morte au 6^e jour.

Diagnostic : prématuration : 1) Par travail maternel
(peu fatigant) mais prolongé jusqu'au départ en maternité ;
2) par infection fœtale.

SECTEUR DE PLAISANCE

Description. Conditions d'habitation.

Moyens d'existence

Plaisance constitue l'un des quartiers du XIV^e arrondissement. L'emplacement des fortifications adjacentes lui est maintenant rattaché constituant la « Zone ». Le recensement de 1921 a dénombré 80.946 habitants à Plaisance et 1.066 sur la Zone.

La Zone située à l'emplacement des anciennes fortifications qui ont été abattues est construite d'une foule de maisonnettes. Ce sont de pauvres demeures en bois ou en papier goudronné dont le sol n'est souvent formé que de terre battue. Elles se composent d'une ou deux petites pièces où vivent parfois 6 ou 8 personnes. Il n'y a évidemment pas de prise d'eau. Il faut aller chercher celle-ci à des fontaines situées quelquefois à une demi-heure de marche par des chemins que l'hiver transforme rapidement en mare de boue. En sorte que l'eau est toujours rapportée en quantité insuffisante. De plus il n'existe pas d'égouts ni même de fosses d'aisance.

Cependant chaque habitation s'entoure de quelques

mètres de terrain. Les enfants y jouent presque tout le jour. Aussi malgré les conditions hygiéniques déplorables dans lesquelles ils vivent, ont-ils souvent une mine satisfaisante.

Plaisance proprement dit est d'aspect très différent. C'est un quartier aux rues étroites, aux maisons élevées de 5 étages dont les façades sont tristes et sales. Les seuls réservoirs d'air sont constitués par le cimetière Montparnasse et les voies ferrées de la gare voisine.

Les habitants de ce quartier vivent soit dans des logements qu'ils ont loués, ce sont les plus favorisés, soit en hôtel meublés. Ceux qui « sont dans leurs meubles » suivant l'expression populaire ont rarement un nombre de pièces suffisant. Suivant une statistique publiée par la Ville de Paris et le département de la Seine en 1922, 516 personnes sur 1000, plus de la moitié par conséquent, vivent dans des logements composés de moins d'une pièce par tête. Il existe des familles de sept, vivant dans une seule pièce, des familles de huit ou neuf réunies dans deux pièces, des familles de dix ou onze réparties dans trois pièces.

Dans l'ensemble plus la famille est nombreuse, plus elle est mal logée. Encore ces statistiques ne rendent-elles pas compte de la saleté, de l'obscurité, des dimensions des locaux, presque toujours réduites. Les water-closets sont communs, quelquefois à plusieurs étages. Mais le prix de ces loyers est peu élevé : Six cents francs en moyenne par pièce et ne déséquilibre pas le budget des ouvriers. Nous l'avons dit ces gens sont parmi les plus favorisés.

Il existe une autre partie de la population dont les conditions d'existence sont plus misérables encore, celle qui est réduite à demeurer en hôtel meublé.

D'une part le surpeuplement y est plus grand que dans les logements que nous avons dépeints plus haut. D'après la statistique de 1922, 587 personnes sur 1000 avaient à leur disposition moins d'une pièce par tête. Or chacun de ces locaux est très petit, dépourvu d'eau, le plus souvent non éclairé. La cuisine doit se faire dans la pièce unique où vit toute la famille. Il n'existe souvent qu'un water-closet pour plusieurs étages. Il y a donc un premier grief contre l'hôtel meublé : il réalise des conditions hygiéniques déplorables.

Deuxième point, le loyer en est très cher. Une seule chambre se loue de 45 à 55 francs par semaine ce qui constitue un loyer d'environ 2.500 francs par an. La conséquence est la suivante : Le gain du père de famille n'étant pas suffisant pour assumer cette charge, la mère est obligée de travailler elle-même. Elle doit donc renoncer à s'occuper de ses enfants. Elle les confie quelquefois à une crèche, solution la moins défavorable. Souvent aussi elle les envoie en nourrice. Nous verrons les tristes conséquences de ces séparations prématurées.

Enfin dernière accusation à retenir contre l'hôtel : Il comporte presque toujours un débit de boissons. Malgré une ordonnance de police, ce café constitue souvent la seule entrée de l'hôtel, chaque soir, l'ouvrier en rentrant du travail sera tenté de s'arrêter dans cette pièce bien éclairée et qui lui paraîtra plus accueillante que la

chambre où pleurent les marmots. Il en résulte un encouragement à l'alcoolisme et une nouvelle brèche faite dans le budget familial déjà déséquilibré par un loyer exagéré.

Or le dixième de la population de Plaisance vit en hôtel meublé.

Les Organisations d'assistance sociale fonctionnent à Plaisance avec régularité. Les femmes en couches reçoivent la maigre somme que leur accorde la loi Paul Strauss, puis la prime d'allaitement, ou des bons de lait, si elles ne nourrissent pas elles-même. Pour obtenir l'un ou l'autre de ces secours ; elles doivent être inscrites à une consultation de nourrissons.

L'assistance aux familles nombreuses accorde de pauvres gratifications à partir du quatrième enfant (30 francs par mois et 10 francs de pain). Le département de la Seine y ajoute une prime de 350 francs pour le troisième enfant, prime qui atteint 800 francs pour le huitième. La ville de Paris offre enfin 100 francs par enfant au-dessus de trois ans. Il est inutile de souligner l'indigence de ces allocations eu égard avec le coût actuel de la vie.

Les cantines maternelles permettent aux mères nourrices de venir y prendre leur repas. Les Maisons maternelles accueillent gratuitement pendant un an la femme qui nourrit son enfant. Mais bien peu consentent à aliéner ainsi leur liberté.

Enfin la Mutualité maternelle de Paris et les caisses de compensation accordent une prime à la naissance. Ces dernières organisations offrent en outre un sursalaire familial.

Mais plus efficacement que cette assistance publique, les œuvres d'assistance privée viennent aider les pauvres gens. Il faut insister tout particulièrement sur l'Assistance Maternelle et Infantile de Plaisance fondée en 1901 par Mlle Chaptal.

Elle comporte d'une part une maison Ecole d'infirmières privées qui éduque des infirmières professionnelles. Après deux ans d'études celles-ci peuvent se consacrer au soin des malades pauvres à domicile.

Elle comprend d'autre part une organisation d'assistance à la fois médicale et sociale.

L'assistance médicale est assurée par les consultations pour les femmes enceintes et les dispensaires pour nourrissons.

Les infirmières visiteuses vont donner leurs soins en cas de maladies et pendant les suites de couches.

L'assistance sociale s'exerce pendant toute la durée de la grossesse par la distribution de bons d'alimentation : lait ou viande. Au moment de l'accouchement, une femme de ménage est payée pendant dix jours et plus pour vaquer aux besognes domestiques. L'aide matérielle est complétée par le don de layettes, le prêt de berceaux, la distribution de bons de lait, de charbon ou de secours de loyers.

Il faut en dernier lieu signaler à Plaisance les œuvres du Moulin-Vert fondées en 1902 par l'abbé Jean Viollet qui offrent de nombreux subsides et par la création de leurs caisses de Loyers aident les familles nombreuses à échapper au taudis ou à l'hôtel meublé.

Natalité et mortalité à Plaisance

La moyenne des naissances à Plaisance de 1920 à 1924 a été de 1634 ce qui représente 19,9 naissances pour 1000 habitants, chiffre supérieur à celui relevé pour l'ensemble de Paris (16 pour 1000 en 1923).

Sur 1000 de ces naissances il en était :

772 de légitimes ;

228 d'illégitimes.

La moyenne du nombre des mort-nés était de 92 (années 1920 à 1927) soit 1,12 pour 1000 habitants, au lieu de 1,32 pour l'ensemble de Paris. Sur ces mort-nés le 1/3 environ était illégitime.

La moyenne des décès d'enfants de 0 à un an a été de 1920 à 1926 de 137,8 ce qui constituait un pourcentage de 8,29 pour 1000 naissances vivantes. Ce chiffre est inférieur au taux de 9,43 relevé pendant la même période pour la France entière.

Résultat de l'enquête

L'enquête a pu porter sur 150 cas. Pour la majorité d'entre eux une étude médicale et sociale très complète a pu être faite, et ceci grâce au zèle des infirmières visiteuses.

Dans trois cas les renseignements médicaux n'ont été que très succincts, les femmes ayant accouché dans une clinique privée. Dans trois autres observations tous renseignements médicaux et sociaux ont fait défaut.

Ces 150 décès de moins d'un an se répartissent de la façon suivante :

26 mort-nés ;

124 décès de zéro à un an.

36 de ces naissances étaient illégitimes.

Nous allons étudier séparément les cas de mortinatalité et ceux de mortalité infantile.

Les mort-nés.

Ils sont au nombre de 26 en ne classant comme tels que les enfants n'ayant pas respiré. Dans tous ces cas, le bulletin de décès ne portait comme mention que celle de « mort-né ». Voici les diagnostics que l'enquête est parvenue à préciser.

1) MORTALITÉ FŒTALE AU COURS DE LA GESTATION (MORTALITÉ PAR MALADIE FŒTALE).

Syphilis :

Certaine : deux cas.

Probable : cinq cas.

Possible : un cas.

Toxémie gravidique :

Albuminerie : un cas.

Hémorragie rétroplacentaire : un cas.

Malformations incompatibles avec la vie :

Anencéphalie : un cas.

2) MORTALITÉ PAR EXPULSION TROP PRÉMATURÉE (DÉBILITÉ INCOMPATIBLE AVEC LA SURVIE EXTRA-UTÉRINE).

Surmenage maternel : deux cas.

3) MORTALITÉ FŒTALE AU COURS DE LA PARTURITION.

a) Présentation vicieuse :

Siège : deux cas.

Epaule : un cas.

Front : un cas.

b) Obstacles à l'expulsion de l'enfant.

Anomalies de la contraction utérine : un cas.

Anomalies de la dilatation du col : un cas.

Rétrécissement du bassin : un cas.

Excès de volume du fœtus : un cas.

c) Accidents survenant au moment de l'expulsion :

Procidence du cordon : deux cas.

d) Infection ovulaire :

Un cas.

e) Cause inconnue : un cas.

Nous allons maintenant reprendre ces faits et voir dans quelle mesure ils auraient été évitables. Nous citerons quelques observations parmi les plus démonstratives.

1° Mortalité fœtale au cours de la gestation

a) *Dûe à la syphilis.*

Deux cas où elle est certainement en cause.

Première observation. — Femme ayant présenté cinq grossesses antérieures : un seul enfant bien portant, un enfant décédé à 8 mois $1/2$, 2 fausses couches, une fille née à 6 mois $1/2$ et morte à dix jours,

La grossesse qui fait l'objet de l'enquête s'est terminée à huit mois et demi par l'expulsion d'un fœtus mort et macéré. Le Wassermann de la mère est très positif. Elle refuse tout traitement, ne souhaitant pas la charge d'un enfant vivant.

Deuxième observation. — Grossesse terminée à six mois et demi par l'accouchement d'un enfant mort et macéré. Hecht de la mère positif, elle n'avait jamais été vue pendant sa grossesse.

Six cas où elle doit être fortement suspectée :

Un accouchement aux environs du terme d'un fœtus mort et macéré. Milieu assez aisé. La mère refuse toute prise de sang.

Un accouchement à six mois et demi placenta trop gros pour le poids du fœtus ; il s'agit d'une quatrième grossesse. Les deux premières grossesses se sont terminées par des avortements. La femme a été traitée pendant la troisième grossesse qui a été menée à terme (l'enfant est mort de cholérine). Elle ne s'est pas fait soigner pendant la dernière. Il s'agit d'un milieu où l'action sociale est très difficile (femme inintelligente).

Un accouchement : huit mois et demi d'un fœtus mort et macéré : Wassermann de la mère négatif.

L'accouchement de deux jumeaux de sept mois morts et macérés, la mère, a refusé la prise de sang.

Un accouchement à huit mois d'un fœtus mort et macéré avec circulaire double du cordon qui n'est vraisemblablement pas la cause de la mort, il n'y a pas eu de prise de sang.

Un cas de syphilis possible :

La femme avait présenté trois grossesses antérieures terminées de façon prématurée. Seul le premier fœtus était mort-né.

Au huitième mois de sa quatrième grossesse est constatée une présentation de l'épaule que l'on réduit. Vingt jours après, la mère ne perçoit plus remuer l'enfant, douze jours après expulsion d'un fœtus mort in-utéro à terme.

Il était hydrocéphale.

Le Wassermann de la mère était négatif.

b) Mortalité par hémorragie rétro-placentaire.

Dans un cas chez une femme à terme.

Dans un autre au huitième mois de grossesse chez une femme albuminurique non suivie médicalement.

c) Une mort par malformation incompatible avec la vie :

Anencéphalie.

2° Mortalité par expulsion trop prématurée

Deux observations, témoignant toutes les deux du surmenage :

1) Fille-mère vivant en hôtel meublé. (Loyer annuel 2096 fr.) (gain : 15 fr. par jour. Indigence).

Travail en usine, accouchement à six mois et demi.

2) Ménage illégitime vivant en hôtel meublé (Loyer annuel 2600 fr.) Indigence. La mère a travaillé pendant toute la grossesse.

Accouchement à sept mois et demi.

3^e Mortalité fœtale au cours de la parturition:

Causes obstétricales

a) Parmi les morts survenues au moment du travail quatre sont dues à une présentation vicieuse. Deux des femmes sur quatre n'avaient pas été examinées au moment de leur grossesse.

L'une par mauvais vouloir, bien qu'on l'en eût plusieurs fois sollicitée. L'enfant se présente par l'épaule, l'accouchement se termine par une basiotripsie.

L'autre par ignorance : Elle vint à Baudelocque 43 heures après le début du travail. A ce moment furent constatés un rétrécissement du bassin ayant entraîné une présentation du front. Malgré la césarienne immédiatement pratiquée l'enfant ne put être ranimé.

Les deux autres grossesses avaient été surveillées au dispensaire de Plaisance. Il s'agissait dans les deux cas de présentation du siège.

L'un des enfants mourut au cours du travail.

L'autre observation rapporte que la sage-femme appelée tardivement constata la procidence d'un cordon dont les battements avaient cessé. Ici encore l'asphyxie blanche avait fait son œuvre, faute de soins immédiats.

b) Le deuxième groupe de faits se rapporte aux cas de mortinatalité par défaut d'expulsion.

Une observation d'arrêt du travail : Les bruits du cœur s'affaiblissant un forceps fut pratiqué, mais n'enfant ne présenta que quelques respirations. L'asphyxie était imputable à la compression de la tête trop forte au passage de la filière pelvienne.

Une observation d'arrêt de la dilatation du col : La femme fut envoyée tardivement à la clinique Baudelocque 42 heures après le début du travail. Une basiotripsie y fut faite, le diagnostic suivant étant porté : Mort fœtale. Arrêt de la dilatation, œdème du col, début d'infection amniotique.

Un mort-né par rétrécissement du bassin. La grossesse était suivie à la Maternité mais l'accouchement se fit à huit mois et demi et l'enfant mourut pendant le travail.

Une mort fœtale par excès de volume de l'œuf. La femme ne s'était pas fait examiner pendant la grossesse, il se produisit une dystocie des hanches qui nécessita une éviscération partielle — gros œuf (6 kg.).

3 grossesses antérieures avaient été menées à terme. Les trois enfants étaient morts, l'un de cause inconnue, l'un de diarrhée, l'autre de rougeole.

Une quatrième grossesse avait avorté à quatre mois.

On peut discuter la part qui revient à la syphilis pour expliquer cette polyléthalité et cette anomalie ovulaire.

Deux morts par procidence du cordon — due l'une à un excès de liquide (femme examinée une seule fois pendant la grossesse), l'autre survenue pendant l'accouchement d'une deuxième jumelle.

Une observation d'infection ovulaire. La voici :

La femme entre le jour où la poche des eaux se rompt dans une clinique privée où elle s'était fait suivre pendant toute sa grossesse.

Le soir la température s'élève, elle monte encore le lendemain.

Elle n'est examinée que le troisième jour et transportée dans un hôpital où l'on doit pratiquer une hystérectomie pour infection ovulaire, l'enfant étant mort depuis quelques heures.

Un mort-né dont le décès survenu pendant le travail n'a pu être expliqué.

Résumé des faits de morti-natalité étudiés par l'enquête

Sur vingt-six cas de mortinatalité la syphilis nous semble pouvoir être incriminée huit fois. Dans sept observations au moins, elle apparaît comme certaine ou très probable. Aucune des femmes n'avait subi de traitement. La moitié d'entre elles font preuve de mauvais vouloir (refus de traitement ou de prise de sang). Les autres sont ignorantes.

Le défaut de surveillance médicale intervient encore pour expliquer une mort fœtale par albuminurie maternelle :

quatre morts par présentation vicieuse.

L'assistance obstétricale tardive est imputable de :

un décès par anomalie du travail ;

un décès par procidence du cordon ;

un décès par infection ovulaire.

Le manque d'assistance sociale explique enfin :

Deux accouchements prématurés dus au surmenage maternel.

Ces chiffres additionnés forment le total de dix-sept cas de mortinatalité qui sur vingt-six étaient évitables.

Les décès d'enfants de zéro à un an

Ils sont au nombre de 124 qui se répartissent de la façon suivante :

- Vingt-six décès de zéro à dix jours ;
- Vingt-trois décès de dix jours à un mois ;
- Trente-huit décès de un à six mois ;
- Trente-sept décès de six à douze mois.

Nous allons d'abord énumérer les causes de ces morts en montrant combien les diagnostics établis par l'enquête diffèrent de ceux portés sur les bulletins de décès.

Nous étudierons ensuite les décès suivant chaque catégorie d'âge en citant quelques observations parmi les plus démonstratives.

Nous résumerons enfin les faits qui se dégagent de cette étude.

1^o Cause des décès

<i>Diagnostic de la statistique.</i>	<i>Diagnostic de l'enquête</i>
--------------------------------------	--------------------------------

Débilité congénitale.	Gangrène disséminée de la peau.
Diphthérie.	Bronchite capillaire (enfant à cuti positive.
Coqueluche.	Coqueluche.
Hypotrepsie.	Athrepsie.
Rougeole.	Rougeole.
Pneumonie.	Brûlures étendues, broncho-pneumonie terminale.
Broncho-pneumonie.	Bronchite capillaire.
Entérite.	Intoxication alimentaire.
Entérite.	Troubles digestifs.
	Intoxication alimentaire.

<i>Diagnostic de la statistique</i>	<i>Diagnostic de l'enquête</i>
Athrepsie.	Prématuré 7 mois 1/2 (malformation utérine).
Débilité.	Prématuré 7 mois, endométrite.
Mort-né.	Prématuré 7 mois 1/2 cause ?
Débilité congénitale.	Prématuré 6 mois 1/2 surmenage.
Débilité.	Prématuré 6 mois 1/2 endométrite.
Mort-né.	Prématuré 6 mois 1/2 cause ?
Débilité.	Syphilis.
Erysipèle.	Streptococcémie.
Broncho-pneumonie.	Erysipèle généralisé.
Méningite.	Hypothrepsie.
Débilité congénitale.	Méningite tuberculeuse.
Purpura.	Convulsions ?
Gastro-entérite aiguë.	Purpura infectieux.
Méningite.	Intoxication alimentaire.
Gastro-entérite.	Mort subite, spasmophilie probable.
Choléra infantile.	Otite.
Convulsions.	Intoxication alimentaire.
Débilité.	Syphilis.
Ictère grave du nouveau-né.	Prématuré 8 mois cause ?
Coqueluche.	Ictère ?
Méningite.	Coqueluche.
Entérite.	Coqueluche.
Débilité.	Syphilis.
Abcès.	Anencéphale.
Gastro-entérite.	Grenouillette suppurée septicémie.
Broncho-pneumonie.	Choléra infantile.
	Broncho-pneumonie.

Diagnostic de la statistique

Diagnostic de l'enquête

Coqueluche.	Broncho-pneumonie.
Otite.	Athrepsie.
Entérite.	Invagination intestinale ?
Méningite	Athrepsie.
Débilité congénitale.	Intoxication alimentaire.
Choléra infantile.	Choléra infantile.
Entérite.	Syphilis.
Méningite.	Syndrome cholériforme.
Débilité.	Prématuré 6 mois 1/2. Surmenage.
Méningite.	Athrepsie par faute de soins.
Broncho-pneumonie.	Broncho-pneumonie.
Hémorragie méningée.	Hémorragie méningée.
Athrepsie.	Abcès nécrotiques Rougeole (embolies cutanées probables).
Oreillons.	Infection rhino - pharyngée (otite) Tuberculose.
Broncho-pneumonie.	Broncho-pneumonie.
Mort-né.	Prématuré de 8 mois. Syphilis.
Athrepsie.	Intoxication alimentaire.
Hémorragie méningée.	Congestion cérébrale Hémorragie méningée. Syphilis.
Anémie.	Dilatation congénitale des bronches. Broncho - pneumonie.
Débilité.	Brûlures légères du bras.
Mort né.	Troubles digestifs graves.
	Prématuré 7 mois. Syphilis.
	Accouchement au cours d'accidents graves chez la mère dus à un traitement arsenical trop intense.

Diagnostic de la statistique

Diagnostic de l'enquête

Débilité.	Débilité, syndrome cholériforme, mère tuberculeuse.
Débilité.	Débilité (né à 7 mois 1/2) Mère 14 ans 1/2. Endométrite.
Erysipèle.	Erysipèle de la face.
Septicémie.	Syndrome cholériforme. Intoxication alimentaire.
Débilité.	Prématuré 7 mois, cause inconnue.
Débilité congénitale.	Athrepsie par faute de soins.
Débilité congénitale.	Ictère peut-être grippal.
Tuberculose.	Tuberculose.
Gastro-entérite.	Grippe cholériforme.
Infection purulente.	Eczéma.
Débilité.	Prématuré 6 mois 1/2.
Troubles digestifs.	Placenta previa.
Débilité.	Athrepsie. Mère tuberculeuse.
	Broncho-pneumonie obstétricale.
Broncho-pneumonie.	Broncho-pneumonie.
Gastro-entérite.	Broncho-pneumonie.
Broncho-pneumonie.	Broncho-pneumonie.
Broncho-pneumonie.	Coqueluche, broncho-pneumonie.
Méningite tuberculeuse.	Tuberculose.
Broncho-pneumonie.	Broncho-pneumonie.
Athrepsie.	Athrepsie.
Mort-né.	Prématuré 7 mois, malformation utérine probable chez la mère.
Broncho-pneumonie.	Coqueluche. Broncho-pneumonie.

Diagnostic de la statistique

Diagnostic de l'enquête

Broncho-pneumonie.

Broncho-pneumonie.

Mort subite.

Débilité.

Grippe.

Diarrhée.

Diphthérie.

Coqueluche.

Rougeole.

Rougeole

Rougeole.

Mort-né.

Mort-né.

Mort-né.

Broncho-pneumonie.

Broncho-pneumonie.

Affection du foie.

Bronchite.

Broncho-pneumonie.

Débilité.

Débilité.

Rougeole.

Broncho-pneumonie.

Broncho - pneumonie grip.
pale.

Mort subite.

Mère tuberculeuse.

Prématuré 8 mois. Syphilis.

Grippe.

Diarrhée cholériforme.

Diphthérie-broncho - pneumo-
nie.

Broncho-pneumonie.

Rougeole et broncho pneu-
monie.

Rougeole et broncho-pneu-
monie.

Rougeole et broncho-pneu-
monie.

Prématuré 7 mois cause ?

Prématuré 6 mois 1/2. Syphi-
lis

Jumelle 1^{re} enfant débile
diphthérie nasale.

Rougeole - broncho - pneumo-
nie mort subite.

Broncho-pneumonie.

Hépatonéphrite (W. des pa-
rents négatif).

Broncho-pneumonie grippale

Broncho-pneumonie.

Prématuré gonococcie.

Mère tuberculeuse. Débilité.

Rougeole-broncho - pneumo-
nie.

Diagnostic de la statistique

Diagnostic de l'enquête

Entérite.
Pleurésie purulente.

Méningite.
Méningite.
Broncho-pneumonie.

Débilité.
Entérite.

Coqueluche.

Broncho-pneumonie.
Méningite.

Mélæna.
Méningite.

Athrepsie.
Erysipèle.

Rougeole.
Troubles digestifs.

Diphthérie.
Débilité.

Eclampsie.

Deux décès de cause inconnue.

Rougeole-abcès.
Broncho-pneumonie, pleurésie à pneumocoques.

Otite.
Méningite tuberculeuse.
Rougeole - broncho - pneumonie.

Abcès septicémie.
Diarrhée cholériforme-sevrage brusque.

Coqueluche - broncho - pneumonie.

Broncho-pneumonie.
Méningite tuberculeuse.

Melæna.
Mort subite.

Syphilis.
Erysipèle streptococcémie.

Rougeole-otite.
Hypothrepsique.

Rougeole.
Syphilis.

?

Enfants morts en nourrice.

Soulignons le fait que sur 124 décès avait été porté vingt-cinq fois (soit dans 1/5 des cas) le diagnostic vague de débilité, diagnostic que l'enquête a précisé en révélant notamment la prématuration et l'origine de celle-ci.

Remarquons également que la méningite, incriminée dans dix cas ne s'est trouvée confirmée que par deux observations.

2° Décès suivant l'âge.

Nous allons maintenant étudier ces décès d'enfants de moins d'un an en les classant en quatre groupes suivant l'âge auquel ils sont survenus.

Les décès de zéro à dix jours.

Ils sont au nombre de vingt sept. Nous avons rangé parmi eux dix cas désignés comme mort-nés sur leurs bulletins de décès. Ils étaient morts en effet avant que n'expire le délai de déclaration obligatoire de la naissance, mais tous avaient respiré plusieurs heures.

Le diagnostic de débilité congénitale avait été porté neuf fois sur la statistique municipale, c'est-à-dire dans 1/3 des cas. Or, ce dont ne rendaient pas compte les nomenclatures officielles, c'est que ces dix-neuf enfants mort-nés ou débiles étaient tous des prématurés. Voyons quelles causes l'enquête a découverte à ces naissances avant terme.

L'endométrite a été retrouvée deux fois :

Chez une femme ayant eu une fausse-couche de trois mois et présentant des pertes depuis ce moment. L'enfant né à sept mois pesait 1400 grammes et est mort le deuxième jour.

Chez une jeune femme de quinze ans, présentant des pertes depuis le début de la grossesse. Au moment de l'accouchement une vaginite granuleuse fut constatée. L'enfant né à sept mois et demi pesait 1900 gr. et mourut le huitième jour.

Dans ces deux cas le Wassermann de la mère était négatif.

L'insertion basse du placenta deux fois :

Dans le premier cas une hémorragie abondante était survenue à cinq mois. L'accouchement se fit à sept mois d'un fœtus qui respira 3 heures.

Dans le second cas des hémorragies se répétèrent à partir du cinquième mois jusqu'à l'accouchement qui eut lieu à 6 mois et demi. L'enfant pesait 1 kg. 180 et respira quelques heures.

Une malformation utérine fut incriminée une fois. Il s'agissait d'une femme dont la grossesse qui faisait l'objet de l'enquête était la cinquième. Toutes s'étaient terminées au septième mois. Malgré les Wassermann sans cesse négatifs des parents un traitement énergique anti-syphilitique a été fait à la mère, sans aucun résultat.

La malformation utérine est très vraisemblable.

La Tuberculose de la mère a été retrouvée une fois : tuberculose évolutive traitée par un pneumothorax. L'enfant naquit à sept mois et demi pesant 1600 gr. et mourut à huit jours.

La Syphilis a déterminé la prématuration dans quatre cas.

Une première observation de femme à Wassermann positif (syphilis héréditaire probable). Elle avait eu deux grossesses antérieures terminées avant terme (dans un cas était intervenu un placenta prævia). Cette troisième grossesse se termina à huit mois par la naissance d'un enfant qui présenta du sclérome et respira quatorze heures. Il s'agissait d'une famille aisée et intelligente qui comprit la nécessité d'un traitement.

Deuxième observation. — Femme à Hecht très positif. Première grossesse. Accouchement à huit mois d'un fœtus pesant 1850 gr., mort le quatrième jour.

Troisième observation. — Femme ayant présenté deux grossesses antérieures terminées au septième et au sixième mois. Un Wassermann fut pratiqué qui se montra partiellement positif, un traitement institué très insuffisant. La troisième grossesse aboutit à la naissance à six mois et demi d'un enfant pesant 1500 gr qui respira quelques heures.

Quatrième observation. — Il s'agissait d'une première grossesse interrompue à sept mois et demi: Poids du placenta : 620 gr. Hydramnios L'enfant pesant 1 kg. 150 avait du pemphigus et des hématémèses. Il mourut à sept jours.

L'intoxication arsenicale est relevée dans un cas.

La syphilis n'est intervenue qu'indirectement.

Une femme avait présenté une grossesse antérieure terminée au septième mois par la naissance de deux garçons décédés en quelques jours. Au cinquième mois de la deuxième grossesse la constatation d'hydramnios et le souvenir de la grossesse antérieure firent instituer un traitement par le novarsénobenzol. Dès la deuxième injection (de 0 gr. 30) des manifestations cutanées et une sensation de lassitude apparurent. Le traitement fut néanmoins poursuivi avec intensité (injections de 0 gr. 45, 0 gr. 60, 0 gr. 75). Une érythrodermie exfoliatrice accompagnée d'anurie, puis d'hématuries, mit la femme en danger de mort et détermina au septième mois la naissance d'un fœtus de 1200 gr. qui respira deux heures.

Le surmenage maternel a déterminé la naissance avant terme dans trois cas :

L'une des femmes a fait des ménages pendant toute sa grossesse. L'enfant né à six mois et demi a survécu deux jours.

La deuxième, contrainte de travailler par suite du chômage du mari, faisait de la confection à domicile. Elle piquait à la machine plusieurs heures par jour. L'enfant né à six mois et demi pesait 910 gr. et respira dix sept heures.

La troisième observation est celle d'une fille-mère sans ressources, vivant en hôtel meublé qui continua pendant sa grossesse le dur métier de fille de salle dans un restaurant. Elle accoucha à six mois et demi d'un enfant qui vécut quelques heures.

La cause de la prématuration n'a pu être retrouvée dans cinq observations.

Chez une femme, de l'albuminurie fut notée après l'accouchement.

Une autre avait été opérée d'appendicite au deuxième mois de sa grossesse.

Pour les trois autres cas aucune cause expliquant la naissance avant terme n'a été retrouvée.

Au total dix-neuf sur vingt-sept, soit les $\frac{2}{3}$ de ces morts sont dues à la prématuration. Pour expliquer les huit autres décès, ont été retrouvés :

Une malformation congénitale : anencéphalie.

Une hémorragie méningée : La femme avait accouché seule et l'enfant était tombé dans le bassin. Le poids du placenta était un peu gros (700 gr.) pour le poids de l'enfant (3 kg. 90).

Néanmoins le diagnostic d'hémorragie méningée a été considéré comme étant le plus probable.

Un cas de bronchopneumonie obstétricale. Un enfant né à terme étonné, est ranimé au bout d'une demi-heure. (La durée du travail avait été de 16 h. 40). Il meurt de bronchopneumonie le surlendemain.

Un melæna dont la cause n'a pu être relevée.

Une observation de syphilis. Une femme avait accouché à terme.

L'enfant qui se développait normalement, au sixième jour refuse de boire. La température monte à 39°. L'état s'aggrave très rapidement. La mort survient le lendemain. L'autopsie montre de la congestion cérébrale et une hémorragie méningée légère.

La réaction de Hecht pratiquée chez la mère se montra positive.

Un ictère où la syphilis intervient peut-être encore.

Deux jumeaux hypotrophiques nés d'une première grossesse avaient été très améliorés par un traitement mercuriel. Bien que le Hecht de la mère fut négatif, celle-ci fut traitée pendant sa deuxième grossesse par des doses faibles de Sulfar 6, 12, 18 et 24 centigrammes). L'enfant naquit à terme pesant 3 kg 540. La mère eut froid pendant l'accouchement et l'enfant ne fut pas immédiatement enveloppé. Le lendemain il présenta de l'ictère, le foie était un peu gros, sensible. Il y avait un peu de température. La mort survint au troisième jour. Il semble qu'il faille invoquer plus le refroidissement que la syphilis.

Une diphtérie nasale. Il s'agissait d'une jumelle pesant 2 kg 300 élevée dans la crèche de débiles d'une maternité. Une épidémie de diphtérie s'y déclara. Des bacilles moyens furent trouvés dans les sécrétions nasales de l'enfant qui mourut au neuvième jour malgré les injections de sérum.

Pour résumer ces vingt-six observations soulignons dès maintenant l'influence considérable de la prématuration dans les décès des premiers jours et à l'origine de celle-ci la fréquence de la syphilis et du surmenage. Les morts attribuables à l'infection tréponémique au nombre de 6 auraient pu être empêchées par un traite-

ment fait en temps utile. Il en est de même des trois cas attribuables au travail maternel pendant les derniers mois de la grossesse et de la diphtérie qui relève d'une épidémie de crèche.

Dix décès sur vingt-six étaient donc des décès évitables.

Les décès de dix jours à un mois sont au nombre de vingt-trois.

Onze des enfants étaient nourris artificiellement, trois soumis à l'allaitement mixte. Le sevrage a été imposé une fois seulement par une raison sérieuse : la tuberculose maternelle.

Dans tous les autres cas, il a été la conséquence de l'ignorance ou du mauvais vouloir.

La prématuration est intervenue encore dans trois cas.

Les causes de ces naissances avant terme ont été :

L'endométrite gonococcique dans un cas. L'enfant naquit à six mois et demi, pesant 1 kg. 610. Il présenta une ophtalmie à gonocoques (le contrôle bactériologique fut fait) de la diarrhée et mourut à vingt-deux jours, pesant 1300 gr.

La tuberculose maternelle dans un cas. Cette bacillose très grave atteignait le larynx, elle nécessita une trachéotomie quatre jours avant l'accouchement et la mère décéda quelques jours après. L'enfant né à huit mois pesait 2 kg. 770. Il mourut au 21^e jour. Le Hecht pratiqué chez la mère était légèrement positif.

Une malformation de l'utérus avec insertion basse du placenta. Elle détermina la naissance à sept mois et demi d'un enfant pesant 2 kg. 240 qui fut mis en couveuse et nourri

d'abord au sein puis au lait d'ânesse, enfin au dryco. Au 15^e jour la femme sortit de l'hôpital sur sa demande ; trois jours après apparurent des troubles digestifs qui entraînèrent la mort de l'enfant au 21^e jour.

Les troubles digestifs ont été relevés dans sept cas. Six de ces enfants avaient été sevrés brusquement. La plupart des observations témoignent que ces morts auraient été facilement évitables.

Première observation. — Femme de trente sept ans, travaillant chez elle à des travaux de couture. Etat de demi-aisance.

Première grossesse. La mère qui avait accouché dans une clinique privée voulut placer son enfant en nourrice. Aucune propagande ne fut faite auprès d'elle pour qu'elle gardât le bébé. Il pesait 3 kg. 820 à la naissance et fut nourri immédiatement au lait de vache. La perte de poids fut progressive et l'enfant mourut à dix-neuf jours pesant 2 kg. 860 d'une gastro-entérite aiguë.

Ce décès aurait été évité si on avait insisté auprès de la mère pour qu'elle s'occupe de son nourrisson.

Deuxième observation. — Première grossesse. Hydramnios. L'accouchement fut difficile, nécessita l'application d'un forceps. L'enfant né étonné fut ranimé au bout d'une demi-heure. Au quatrième jour il fut sevré, la mère avant une phlébite et de la température. Ni le biberon ni la tétine n'étaient jamais bouillis. Rapidement apparut de la diarrhée. L'amaigrissement s'accusa, le poulx devint incomptable et les extrémités froides. La mort due au syndrome cholériforme survint au vingt-septième jour. La syphilis était possible, le traumatisme obstétrical à retenir.

Troisième observation. — Premier enfant, famille relativement aisée. La mère aurait pu facilement interrompre son

travail pour s'occuper de son enfant. Elle accouche dans une clinique privée. Sur sa demande et sans insister auprès d'elle, on lui cherche aussitôt une nourrice qui emporte le nouveau-né au quinzième jour et le nourrit au lait condensé.

Au huitième jour apparaissent brusquement de la diarrhée et des vomissements. Le facies se grippe et la mort survient en deux jours au milieu d'un syndrome cholériforme.

Quatrième observation. — Mère bacillaire, ayant à deux reprises fait une poussée évolutive, présentant tous les hivers des crachats hémoptoïques et ne se soignant pas.

L'enfant né à terme reçut du B. C. G., fut sevré dès la naissance, nourri au lait sec qu'il ne toléra pas, puis à partir du huitième jour au lait de nourrice. Les troubles digestifs persistèrent néanmoins, la température s'éleva et la mort se fit au vingtième jour. La cuti était négative. Ce décès paraît difficilement évitable car l'enfant a été très bien soigné. Peut-être est-il imputable à la bacillose.

Cinquième observation. — Première grossesse à terme 3 kg. 530, la mère a eu peu de lait (10 gr. par tétée). Elle sevrà l'enfant au sixième jour et lui donna du lait de vache peu coupé : 60 gr. de lait pour 10 gr. d'eau. Au vingt-cinquième jour apparut un syndrome cholériforme ; selles très fréquentes, déshydratation rapide et mort en quelques jours.

Ce décès est imputable au manque d'expérience de la mère.

Sixième observation. — La mère a dû pendant toute sa grossesse continuer un travail fatigant (cuisinière), le père ne gagnant que quelques francs. L'enfant né à terme pesait 2 kg. 530. Il s'alimenta toujours très mal, ne prit pas de poids et mourut d'athrepsie au vingt-cinquième jour.

L'influence du surmenage maternel est à retenir.

Septième observation. — Enfant né à sept mois. Une première grossesse avait également été interrompue à sept

mois. Dès le neuvième jour la mère qui avait du lait sevrà son enfant. Elle s'en occupait très mal et ne souhaitait que de le voir mourir. Il décéda au vingt-cinquième jour d'athrepsie et de manque de soins.

Les maladies infectieuses causèrent trois décès :

L'un imputable à la grippe : Un enfant né à terme pesant 3 kg. 750 a été ramené au onzième jour dans la pièce où vivaient les quatre personnes composant la famille. Il coucha dans le même lit qu'un frère de deux ans et demi atteint de grippe contracta la maladie et décéda au seizième jour.

Un autre à un érysipèle apparut au quinzième jour à la face puis étendu en nappe et par îlots disséminés. L'enfant mourut en quatre jours.

Le troisième est également dû à un érysipèle apparut chez un enfant hérédo-syphilis de seconde génération. Le Wassermann de la mère était positif. L'enfant né à huit mois pesait 2 kg. 100, et était nourri au sein. A l'âge de trois semaines apparurent des plaques érysipélateuses de la joue et la mort survint en deux jours. La syphilis héréditaire est responsable du manque de résistance de l'enfant. Elle a préparé le terrain à l'infection streptococcique.

La syphilis est responsable directement d'un décès :

Le cas est celui d'un enfant né à terme porteur d'un gros foie et d'une grosse rate ; soumis au traitement mercuriel du sixième au quatorzième jour, traitement non continué à la sortie de la clinique ; il mourut au vingtième jour. Le Wassermann des parents était négatif.

Deux cas de septicémie furent notés :

L'un secondaire à la suppuration d'une grenouillette causa la mort d'un enfant de vingt jours.

L'autre secondaire à un volumineux abcès de la région occipitale. L'enfant présenta des crises d'apnée avec cyanose de la face et des extrémités coïncidant avec une température élevée. Le médecin porta le diagnostic de spasme glottique ce qui ne saurait être admis chez un enfant de vingt jours.

Une observation de gangrène disséminée :

Enfant sevrée. La mère ayant présenté au niveau des seins de l'impétigo. Vaccinée au septième jour. Au dix-septième apparition sur le médius gauche d'une tache erythémateuse. Les pustules vaccinales noircirent et prirent un aspect sphacélique. La lésion du médius évolua vers la gangrène sèche. Une autre plaque apparut à l'annulaire droit et une ulcération grisâtre sur la muqueuse buccale. L'état général s'altéra de plus en plus et la mort survint au vingtième jour.

Le diagnostic du bulletin de décès était débilité congénitale.

La broncho-pneumonie :

A causé la mort d'un enfant de vingt-quatre jours. Il s'était agi d'une contagion hospitalière, le nourrisson ayant été placé à côté d'un petit malade.

Une brûlure grave est responsable d'un décès.

Le soir même du jour où le nouveau-né fut brûlé apparurent des troubles digestifs : diarrhée et vomissements qui entraînèrent la mort à l'âge de dix huit jours.

Une mort subite chez un enfant né à terme pesant 2 kg. 960.

La mère présentait depuis un an 1/2 une caverne du sommet gauche pour laquelle était entretenu un pneumothorax.

Le nouveau-né reçut du B. C. G. les 4^e, 6^e et 8^e jours de sa vie. Il mourut à quinze jours.

Trois décès demeurent inexpliqués :

L'un survenu au onzième jour chez un enfant nourri au sein et ayant présenté brusquement des convulsions auxquelles il succomba. Le père était atteint de laryngite probablement bacillaire.

Un autre est celui d'un enfant qui présenta au troisième jour un ictère avec troubles digestifs. Il était nourri au sein et son alimentation complétée au lait de vache. Il mourut au seizième jour. La mère avait présenté un épisode grippal quelques jours après l'accouchement. Peut-être cette infection est-elle responsable de l'ictère du nouveau-né.

Pour le dernier décès l'enquête a été impossible. Le diagnostic fourni par la statistique municipale était éclampsie.

Si nous voulons résumer ces observations de décès de dix jours à un mois nous voyons que la prématuration cause moins de décès que pendant les tout premiers jours de la vie, mais que les troubles digestifs prennent le pas. Les morts par choléra infantile ou intoxication alimentaire chronique sont au nombre de sept. Cinq d'entre elles auraient été évitées à coup sûr si les enfants n'avaient été sevrés. Il en est de même de celles qui relèvent de la broncho-pneumonie contractée à l'hôpital, de la grippe due à la contamination familiale et de la syphilis non traitée. Au total huit vies humaines sur vingt-trois auraient pu être épargnées.

Il faut remarquer également qu'au cours du premier mois de leur vie sont morts 26 plus 23, soit 49 enfants.

sur les 124 qui faisaient l'objet de l'enquête. Cette proportion qui dépasse largement le $\frac{1}{3}$ est intéressante à retenir.

Les décès de un à six mois.

Cette catégorie comporte trente-cinq cas :

Sept enfants étaient élevés au sein.

Quatre à l'allaitement mixte.

Vingt-quatre au biberon.

Les troubles digestifs viennent encore en tête parmi les causes de décès.

Les douze cas incriminés concernent des enfants tous sevrés. Cinq d'entre eux étaient séparés de leur mère soit partiellement par la mise à la crèche le jour, soit définitivement par le placement en pouponnière.

Les troubles furent soit l'intoxication aiguë, soit une athrepsie progressive.

Nous verrons qu'intervinrent très souvent des conditions sociales déplorables qui imposèrent le sevrage brusqué et déterminèrent par là-même la mort de l'enfant. Voici quelques-unes de ces observations :

TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX AIGUS. — Ils causèrent sept décès :

Première observation. — Famille pauvre vivant en hôtel meublé. Loyer annuel : 2600 francs. Le père suspect de bacillose est en chômage. La mère contrainte de travailler place l'enfant âgé de un mois $\frac{1}{2}$ à la crèche. L'allaitement mixte est continué pendant un mois, puis remplacé par l'allaitement artificiel. Huit jours après apparaissent des troubles digestifs qu'améliore un séjour aux Enfants-Malades. Le

nourrisson est remis à la crèche, la diarrhée reparait et entraîne la mort à quatre mois et demi.

Deuxième observation. — Famille indigente vivant en hôtel meublé. Loyer annuel 2080 francs. La mère tousse et ne travaille qu'irrégulièrement. La mère accouche à terme par césarienne suivi d'hystérectomie pour cancer du col. A la sortie de l'hôpital elle doit reprendre du travail et place l'enfant en pouponnière. Il y reste quinze jours et est amené aux Enfants-Malades atteint d'une diarrhée sévère avec température élevée. Il y meurt en deux jours à l'âge de trois mois.

Cette femme avait eu cinq grossesses antérieures et n'avait perdu qu'un enfant, le seul qu'elle ait placé en nourrice.

Troisième observation. — Famille vivant en hôtel meublé. Loyer annuel : 3000 francs. Demi aisance. Ici la séparation aurait pu être évitée. La mère ayant nourri l'enfant un mois au sein le place en pouponnière, on le sevre brusquement. Il meurt en quelques jours de diarrhée cholériforme.

Quatrième observation — Famille pauvre. Le père chôme. La mère doit travailler et place son enfant âgé d'un mois à la crèche. Il est sevré complètement. A deux mois apparaissent des selles mastic, fétides. A partir de ce moment le poids reste stationnaire. Il entre à l'hôpital à l'âge de cinq mois, hypothyroïdique et présentant des stigmates de rachitisme. Il y meurt trois semaines après.

Cinquième observation. — Elle montre encore le danger des agglomérations d'enfants et l'influence nocive des contagions hospitalières. Elle concerne une femme tuberculeuse, présentant des B. K. dans ses crachats et qui est admise pour cette raison à Laënnec trois semaines après un accouchement. On sevre progressivement l'enfant. Les examens ne décèlent en lui rien de pathologique. Le poids est de 4 kg. à un mois et demi. Trois cuti-réactions sont négatives. Brusquement apparaissent de la diarrhée et des vomisse-

ments qui causent la mort en deux jours. Trois autres nourrissons décédaient peu après de façon analogue.

Les dernières observations sont celles d'enfants non séparés de leur famille, mais sevrés. L'un fut mis au lait de vache pur à un mois à propos de troubles digestifs survenus alors qu'il était au sein et que sa mère présenta son retour de couches. Les troubles ne firent que s'aggraver et entraînèrent la mort au bout de un mois et demi.

L'autre décès est imputable à la négligence maternelle. Un nouveau-né de trois semaines fut sevré et nourri de lait mal bouilli contenu dans des biberons sales. Les troubles digestifs apparurent à l'âge de quatre mois, au début de juillet et l'enfant succomba en quelques jours.

L'athrepsie est notée chez cinq nourrissons tous sevrés prématurément :

L'un en raison de l'hypogalactie maternelle. A vingt-trois jours apparaissent des troubles digestifs et l'enfant meurt à un mois et demi, porteur d'une otite suppurée.

Le deuxième enfant est sevré dès la naissance, sa mère étant gravement atteinte de septicémie puerpérale à laquelle elle succomba au dixième jour. Le nouveau-né recueilli par une tante chiffonnière vivant dans une des barques de la « zone », meurt d'athrepsie à un mois ; quatre autres enfants étaient morts de cause inconnue.

Un troisième enfant sevré au dixième jour, la mère refusant de le nourrir et n'écoutant pas les conseils qui lui sont donnés au dispensaire, présente une hypotrepsie progressive, du muguet et des troubles digestifs qui l'emportent à l'âge de six semaines.

Dans le quatrième cas le sevrage a été imposé par la tuberculose de la mère qui était traitée par un pneumothorax. Le nouveau-né reçut du B. C. G. et nourri au lait sec-se

développa convenablement jusqu'au vingtième jour. A partir de cette date il s'alimente de plus en plus mal, sans présenter de troubles digestifs et mourut athrepsique à un mois.

La cinquième observation témoigne de conditions sociales particulièrement désastreuses : La mère âgée de quatorze ans et demi vit en hôtel meublé avec sa mère et son frère. La pièce petite ne comporte qu'un seul lit pour ces trois personnes et un berceau pour le bébé. Celui ci est sevré à un mois. Des troubles digestifs apparaissent qu'améliorent un séjour à l'hôpital et des tétées de babeurre. La mère reprend le nourrisson et lui donne du lait de vache. Les troubles reparaissent et l'enfant ramené à l'hôpital y meurt athrepsique à trois mois d'une infection hospitalière.

Nous avons insisté un peu longuement sur ces observations de décès, dus aux troubles digestifs pour montrer combien ils sont liés aux conditions sociales. Sur ces douze cas, l'indigence a imposé quatre fois la séparation partielle ou définitive de la mère et de l'enfant. Dans un cas la mère mourut peu après l'accouchement. Deux fois le sevrage fut nécessité par la tuberculose maternelle, une fois par l'hypogalactie. Les quatre dernières observations témoignent de l'ignorance ou du mauvais vouloir.

Les maladies infectieuses viennent par leur fréquence après les troubles digestifs. Elles déterminèrent huit décès dus trois fois à la rougeole, trois fois à la coqueluche, une fois à la diphtérie, une fois à un érysipèle.

La rougeole a causé trois morts :

Première observation. — Enfant de cinq mois présente une éruption de rougeole et meurt cinq jours après de broncho-

pneumonie. Le point de départ de la contagion n'a pas été retrouvé.

Deuxième observation. — Enfant mis à la crèche à un mois, le père étant sans ouvrage et la mère forcée de travailler. Il contracte la rougeole à cinq mois et meurt après avoir présenté des troubles digestifs graves et un abcès péri-anal. Nous reviendrons sur ces épidémies de crèche.

Troisième observation. — Enfant placé par sa mère indigente et peu sérieuse dès le onzième jour dans une pouponnière d'Issy-les-Moulineaux. Dans un même local étaient réunis des enfants de zéro à un an. La surveillance médicale y était à peu près nulle. En juillet la gardienne s'occupant des enfants présente une rougeole certaine, elle est hospitalisée à Claude Bernard au début de l'éruption le 5 juillet.

Le 7 juillet un enfant de la pouponnière présente une rougeole probable. Il est admis au pavillon des douteux des Enfants Malades.

Le 10 juillet un second enfant atteint de rougeole probable est soigné à la pouponnière.

Le 12 juillet un troisième enfant atteint d'une rougeole certaine est admis aux Enfants Malades.

Le 1^{er} août, l'enfant qui fait l'objet de l'enquête, suspect de coqueluche ; est conduit à l'hôpital, puis rendu à la pouponnière au bout de quelques jours.

Le 24 août il est ramené aux Enfants Malades pour des troubles digestifs légers. Des abcès nécrotiques de la fesse et du dos apparaissent. Il meurt en dix jours d'athrepsie à marche rapide.

Il semble bien qu'il ait été atteint également de rougeole fruste ayant amené comme tardive complication, ces abcès nécrotiques disséminés.

La coqueluche a causé trois morts :

Première observation. — Contamination familiale. Un frère de quatre ans ayant eu la coqueluche, le nouveau-né la contracte et meurt à quatre mois de broncho-pneumonie.

Deuxième observation. — La mère obligée de travailler en raison du prix élevé de la chambre d'hôtel (1820 francs par an) place son enfant à la crèche. Il y contracte la coqueluche. Envoyé à Claude Bernard il est victime d'une épidémie de broncho-pneumonie qui ravageait le pavillon des contagieux.

Troisième observation. — Mère abandonnée envoie son enfant en nourrice à l'âge de un mois. Il est ramené six semaines plus tard atteint de troubles digestifs graves, et conduit aux Enfants Malades. Il y fait deux séjours et y contracte la coqueluche et va mourir de broncho-pneumonie au Bastion 29.

La diphtérie a causé une mort.

Il s'agit encore d'un enfant pour lequel le travail maternel a nécessité la mise à la crèche. Il présenta une diphtérie (la contamination à la crèche n'a pas été certifiée) et mourut de broncho pneumonie.

Un érysipèle a été observé une fois :

Apparu au vingt-sixième jour il se généralisa et entraîna la mort par streptococcémie.

La syphilis est intervenue dans un cas :

L'observation d'un enfant né à huit mois pesant 2 kg. 430 présentant du pemphigus et un gros foie. Mort à un mois et demi. Le Hecht des parents était négatif.

Une observation d'hépto-néphrite.

Il s'agissait d'un enfant né à terme pesant 3 kg. 700, sevré par suite de l'agalactie maternelle et ayant présenté à trois semaines de la diarrhée, des vomissements, puis un ictère accompagné d'oligurie, d'œdème et de purpura. La rate était normale. La mort survint huit jours plus tard.

Les affections des voies respiratoires ont été notées avec la même fréquence que les maladies infectieuses. Elles sont redevables de sept décès dus à la *broncho-pneumonie* cinq fois, tous ces enfants étaient élevés dans leur famille :

Premier enfant nourri à l'allaitement mixte se développant normalement, élevé dans une pièce humide, présente un coryza léger, deux jours après toussé, présente de la dyspnée, une température à 39° et meurt dans la nuit.

Deuxième enfant élevé au lait condensé présente après sa naissance un ictère avec teinte verdâtre des téguments, état général très grave et est soumis au traitement mercuriel bien que le Wassermann des parents fut négatif. Il mourut à l'âge de six mois d'une broncho-pneumonie terminale l'ensemencement ayant décelé du bacille diphtérique dans le nez et la gorge.

Troisième enfant nourri à l'allaitement artificiel depuis l'âge de six semaines, pesant à trois mois 3 kg. 400. Il ne présentait aucun stigmate de syphilis, mais un frère âgé de 2 ans avait un Wassermann positif. Il fut atteint brusquement d'une broncho-pneumonie avec température à 40° et foyer de la base droite qui l'emporta en deux jours.

Quatrième enfant hérédosyphilitique. La mère a un Hecht fortement positif mais refuse tout traitement. Un frère aîné est atteint de grippe, le bébé non isolé présente un coryza

puis une broncho-pneumonie qui entraîne la mort en huit jours.

La cinquième observation rapporte encore un cas de contamination familiale. L'enfant nourri à l'allaitement mixte et se développant bien pesait 4 kg. 500 à trois mois. La mère a la grippe. Quelques jours après le nourrisson présente des troubles digestifs puis une broncho-pneumonie à laquelle il succombe.

A la bronchite capillaire, une fois :

Il s'agissait d'un enfant hérédo-spécifique vraisemblable, contaminé par son frère atteint de coqueluche. Conduit à l'hôpital deux mois plus tard pour toux et température il y meurt de bronchite capillaire après un séjour de quinze jours. Il y a lieu d'incriminer dans ce cas une surinfection hospitalière l'enfant étant dans une crèche non boxée.

A la pleurésie purulente, une fois :

Un enfant placé en nourrice présente de la diarrhée, puis de la toux et de la dyspnée. Ramené aux Enfants Malades, il est reconnu atteint d'une pleurésie purulente à pneumocoques à laquelle il succombe en huit jours.

Il faut rapprocher de ces faits une observation de :

Dilatation congénitale des bronches avec broncho-pneumonie secondaire :

Le nourrisson âgé de deux mois qui s'était toujours mal développé est conduit à l'hôpital pour diarrhée. Il y meurt le lendemain. L'autopsie découvre les lésions.

La spasmophilie a causé le décès d'un enfant de deux mois et demi qui présentait fréquemment du spasme glottique et mourut cyanosé en quelques minutes.

L'invagination intestinale détermina la mort d'un enfant de deux mois qui présenta des coliques, un arrêt complet des matières, puis des gaz, du météorisme abdominal et mourut en hypothermie, le pouls étant incomptable.

Une observation de mort par brûlures. Il s'agissait d'un enfant illégitime placé en nourrice. Une broncho-pneumonie secondaire se déclara.

Une mort subite chez un enfant ayant présenté une otite.

Un décès dont on n'a pu savoir la cause, l'enfant étant placé en nourrice et le médecin n'ayant pas répondu.

Si nous voulons maintenant résumer tous ces faits nous trouvons sur trente-cinq décès, douze morts, soit le 1/3 imputables à des troubles digestifs.

Tous les enfants étaient à l'allaitement artificiel, or le sevrage n'était imposé que dans trois cas par le décès ou la tuberculose maternelle.

Même chez l'un de ces enfants de tuberculeuses, la mort aurait pu être évitée, car elle a relevé d'une contagion hospitalière.

En sorte que dix nourrissons auraient pu être épargnés.

Dans les observations de maladies infectieuses, les contaminations de crèche ont été retrouvées dans deux cas de rougeole et dans les trois cas de coqueluche. Les infections broncho-pulmonaires ont été le fait trois fois sur six d'épidémies familiales.

A toutes ces causes de décès que des mesures simples d'isolement auraient évité, ajoutons un cas de syphilis non traitée et deux morts chez des enfants placés en nourrice, ce qui fait au total : Vingt-et-une vies d'enfants qui auraient pu être sauvées sur trente-cinq.

Les décès de six à douze mois

Sont au nombre de quarante. Trois enfants seulement étaient nourris au sein, deux à l'allaitement mixte, trente-deux au lait de vache.

Les affections gastro-intestinales ont une importance beaucoup moins marquée que pendant les six premiers mois de la vie, mais les infections contagieuses et les maladies de l'appareil respiratoire sont notées avec une fréquence égale. Nous citerons brièvement les cas de mort par gastro-entérite sur lesquels nous nous sommes étendus longuement dans les pages précédentes, pour ne pas alourdir inutilement cet exposé.

Par contre nous insisterons sur des observations d'affections épidémiques qui illustrent clairement le rôle des contaminations de crèches.

Les troubles digestifs ont causé quatre décès :

Première observation. — Enfant en contact pendant quatre mois et demi avec son père tuberculeux, élevé au lait condensé et placé à la crèche de Laënnec à l'âge de six mois. On l'alimente avec du lait frais. Il meurt treize jours après de toxicose intestinale avec broncho-pneumonie terminale.

La cuti était négative.

Deuxième observation. — Nourrisson sevré à deux mois par une mère négligente qui le nourrit de lait condensé, donné

en quantité variable dans des biberons non nettoyés. Il meurt à l'âge de sept mois en quelques heures de choléra infantile.

Troisième observation. — Enfant sévré. La mère aurait pu ne pas travailler et l'allaiter pendant quelques mois. Présente à huit mois un syndrome cholériforme et meurt en quinze jours.

Quatrième observation. — Ménage illégitime indigent. Un enfant meurt à onze mois de troubles digestifs liés à une alimentation défectueuse.

Broncho-pneumonie secondaire. Otite bilatérale.

Les maladies infectieuses ont déterminé onze décès dus huit fois à la rougeole et trois fois à la coqueluche.

Les observations de rougeole dans deux cas seulement ne révèlent pas de contamination de crèche.

Première observation. — Enfant de onze mois nourri convenablement, suivi régulièrement au dispensaire, meurt de rougeole en dix jours. Le contact n'est pas retrouvé.

Deuxième observation. — Nourrisson de six mois et demi. Le père est interné ; la mère obligée de travailler le confie à une concierge qui le garde avec ses deux propres enfants. Un cas de rougeole se déclare dans la maison, le nourrisson la contracte et vient mourir aux Enfants Malades d'infection morbilleuse compliquée d'otite.

Troisième observation. — La mère séparée du père, doit se placer pour travailler. Elle confie son enfant à une crèche. A l'âge de onze mois il est victime d'une épidémie qui s'y déclare et succombe d'une rougeole compliquée de broncho-pneumonie et d'otite double.

Quatrième observation. — Famille indigente. Femme abandonnée ayant un fils de quinze ans et le bébé qui fait l'objet

de l'enquête. Elle place celui-ci à la crèche pendant le jour. Il est atteint de coqueluche en janvier et de rougeole en février et meurt à l'âge de un an des complications de cette maladie : broncho-pneumonie avec pleurésie secondaire.

Cinquième observation. — Famille pauvre, vivant en hôtel meublé (loyer annuel 2400 francs par an).

Femme inintelligente. L'enfant est très mal alimenté. Il est à la crèche pendant la journée, y contracte une rougeole à laquelle il succombe.

Sixième observation. — Femme indigente abandonnée, ayant un fils de treize ans qui gagne quelques francs, un autre de sept ans à sa charge et un bébé de dix mois qu'elle place à la crèche. Il est contaminé par la rougeole. L'affection est sévère et compliquée de broncho-pneumonie. La mort survient par syncope alors que la convalescence s'annonçait.

Septième observation. — Mère abandonnée vivant en chambre d'hôtel. (Loyer annuel 2600 francs par an). Elle doit confier son enfant à la crèche. Il est atteint de rougeole et décède aux Enfants Malades.

Huitième observation. — Famille de cinq personnes vivant à l'hôtel, dans une seule pièce, le père et la mère sont éthyliques. La femme est négligente et élève mal ses enfants. Le dernier né est placé à la crèche. Il y contracte la rougeole. Il est amené mourant à l'hôpital après huit jours de maladie par des parents en état d'ivresse,

Toutes ces observations sont fastidieuses par la répétition des mêmes termes : Pauvreté, nécessité pour la mère de travailler. Placement du nourrisson à la crèche. Epidémie à laquelle il succombe.

Mais il convient de signaler que les enfants des cinq dernières observations plus un bébé âgé de moins de six mois, dont nous avons cité le cas précédemment étaient

tous placés à la même crèche, c'est seulement après ces six décès et grâce à une insistance très vive auprès des directeurs de l'établissement que le licenciement et la désinfection des locaux ont pu être obtenus.

La coqueluche est responsable de trois morts.

Dans un cas les conditions sociales étaient particulièrement déplorable : Dans une pièce petite et sombre louée 2300 francs vit la famille composée des parents et de deux enfants. Il n'y a de place que pour un seul lit. La mère forcée de travailler doit placer ses enfants à la crèche. Le nourrisson y contracte la coqueluche. Ne pouvant être soigné chez lui il est envoyé à Claude Bernard et victime d'une seconde épidémie meurt de broncho-pneumonie.

Le deuxième cas rapporte une contamination familiale par un frère de deux ans. Le dernier né soigné à l'hôpital y meurt de broncho-pneumonie au dixième jour.

Dans la troisième observation le contact n'est pas retrouvé. L'enfant d'abord soigné à domicile, dans une pièce sans air ni lumière vient mourir à l'hôpital.

Les maladies infectieuses chroniques ont causé six décès dont cinq sont le fait de la tuberculose.

Les observations de tuberculose révèlent dans quatre cas une contamination familiale :

Première observation. — La mère forcée de travailler confie son enfant à la grand'mère « bronchitique » habituelle. Le nourrisson meurt de méningite tuberculeuse. La grand'mère est examinée ; elle est atteinte de lésions pulmonaires bilatérales, ses crachats contiennent 20 B. K. par champ.

Deuxième observation. — Famille assez aisée. Le père tousse. Il ne consent à se laisser examiner que quatre mois après la

naissance de l'enfant. Il est reconnu tuberculeux, mais refuse longtemps le départ en sanatorium. Le nourrisson avait une cuti positive à quatre mois. A sept mois, il tousse et fait de la température. Conduit à l'hôpital il y meurt. L'autopsie découvre des lésions parenchymateuses en voie de ramollissement.

Troisième observation. — Le père tuberculeux ne travaillant pas s'occupe de l'enfant. A six mois celui-ci est admis à la crèche de Laënnec. Il meurt quatre mois après de granulie avec méningite terminale.

Quatrième observation — Contamination par un oncle tuberculeux venant tous les jours voir l'enfant et l'embrasser. Mort à onze mois de méningite tuberculeuse.

Cinquième observation. — Le contact n'est pas retrouvé. L'enfant placé en nourrice à l'âge de six mois présente depuis cette date des troubles digestifs. Il meurt à neuf mois de méningite tuberculeuse.

Une fille de la nourrice, tuberculeuse, est partie en sanatorium avant l'arrivée de l'enfant. La désinfection aurait été bien faite.

La syphilis est responsable de trois morts :

Première observation. -- Femme ayant un B. W. partiellement positif est traitée énergiquement à partir du quatrième mois de sa grossesse.

L'enfant naît à huit mois et demi. Hecht négatif. Il est soigné très irrégulièrement malgré les visites répétées des infirmières sociales. Il se développe moins bien depuis l'âge de neuf mois, présente quelques convulsions et des troubles digestifs terminaux.

Quatre grossesses antérieures : un enfant sourd-muet.

Deuxième enfant ayant un Wassermann partiellement positif.

Deux enfants morts de convulsions et de méningite.

La syphilis est certaine. Le père refuse toute prise de sang.

Deuxième observation. — Enfant hospitalisé à l'âge de quinze jours pour muguet et coryza. Le Wassermann de la mère et du nourrisson est reconnu très positif. A un mois et demi apparaissent des fissures labiales, des ulcérations cutanées multiples aux membres inférieurs et aux mains, la rate est grosse. Malgré les traitements mercuriels et arsenicaux, une perforation de la voûte palatine apparaît à l'âge de deux mois et l'enfant meurt de cachexie progressive six mois après.

Troisième observation. — La syphilis est certaine. Le Wassermann du père est positif. La mère a été très insuffisamment traitée pendant sa grossesse. Le nourrisson a un gros foie dur. Il meurt à l'âge de neuf mois d'une infection surajoutée.

Les affections broncho-pulmonaires ont occasionné onze décès.

L'un par bronchite capillaire.

Premier enfant, bien portant jusqu'à quatre mois. A cette date il est examiné à l'école de puériculture, il est reconnu atteint d'une bronchite localisée à gauche, d'une grosse rate, et d'une cuti-réaction positive. Trois mois après il entre avec sa mère atteinte d'une angine au service de la diphtérie d'un hôpital et y meurt en trois jours d'une infection pulmonaire suraiguë. On peut discuter le rôle qui revient à la diphtérie dans cette bronchite capillaire.

Dix par broncho-pneumonie.

Nous ne ferons que citer brièvement les observations :

1° Un enfant élevé en pouponnière y présentait des bronchites successives. A dix mois une broncho-pneumonie

trainante se développe et l'emporte un mois après ;

2° Un nourrisson placé à la crèche du fait du travail maternel contracte une broncho-pneumonie et meurt ;

3° Un autre cas de contamination de crèche. Il s'agit de l'établissement où nous avons déjà eu à signaler une épidémie de rougeole compliquée de broncho-pneumonie. Peut-être le bébé a-t-il eu une rougeole méconnue ?

4° Un enfant ayant eu la coqueluche à trois mois est retardé depuis dans son développement. A l'âge de un an il est en contact avec ses frères et sœurs atteints de grippe et meurt de broncho-pneumonie ;

5° Une contamination familiale par des parents ayant un coryza ;

6° Un enfant ayant eu la coqueluche à cinq mois, présente à onze mois une reprise de la toux quinteuse. Conduit à l'hôpital il succombe quinze jours après à la broncho-pneumonie ;

7° Quatre observations de broncho-pneumonie primitive. Pour trois de ces enfants les conditions sociales étaient favorables.

Les autres causes de décès ont été :

Un cas de purpura infectieux chez un enfant antérieurement bien portant.

Un cas d'otite certaine survenue à la suite d'une infection pharyngée et très mal soignée.

Un cas où l'otite n'est peut-être pas responsable du décès. Mais les renseignements font défaut.

Une observation d'eczéma. L'enfant admis à l'hôpital y présente le surlendemain une température à 41°, l'éruption a disparu. Il meurt 24 heures plus tard. L'admission du nourrisson parmi d'autres nourrissons malades est ici responsable de la mort,

Décès de 0 à 1 an, à Plaisance

	Total	0 à dix jours	10 jours à 1 mois	1 à 6 mois	6 à 12 mois
I. — TROUBLES DIGESTIFS :					
a) <i>Aigus</i> :					
Intensité moyenne	6			4	2
Intensité grave	8		3	2	1
Intoxication alimentaire					
b) <i>Chroniques</i> :					
Intensité moyenne	2			1	1
Intensité grave	7		2	3	
II. — MALADIES ÉPIDÉMIQUES :					
a) <i>Aiguës</i> :					
Rougeole	11			3	8
Coqueluche	6			3	3
Diphtérie	2	1		1	
Grippe	1		1		
Erysipèle	2		1	1	
b) <i>Chroniques</i> :					
Tuberculose	3				3
Syphilis	12	6	2	1	3
III. — AUTRES MALADIES INFECTIEUSES :					
Septicémie	4		2	1	1
Gangrène disséminée	1		1		
Bronchite					
Broncho-pneumonie	17	1	1	3	10
Bronchite capillaire	2			1	1
Pleurésie purulente	1			1	
Otite	1				1
IV. — MALADIES NON MICROBIENNES :					
Spasmophilie	1			1	
Eczéma	1				1
Invagination intestinale	1			1	
Melæna	1	1			

	Total	0 à 10 jours	10 jours à 1 mois	1 à 6 mois	6 à 12 mois
V. — MALFORMATIONS CONGÉNITALES :					
Système nerveux.....	1	1			
Bronches.....	1			1	
VI. — TRAUMATISMES OBSTÉTRICAUX :					
Hémorragie méningée et de l'encéphale.....	1	1			
Asphyxie.....					
VII. — ACCIDENTS GRAVES :					
Brûlures.....	2		1	1	
Mort subite.....	2		1	1	
VIII. — DIAGNOSTIC DOUTEUX ...	2				2
IX. — PAS DE DIAGNOSTIC.	6	1	3	1	1
X. — PRÉMATURATION DUE À :					
Endométrite.....	3	2	1		
Tuberculose.....	2	1	1		
Surmenage.....	3	3			
Placenta prævia.....	2	3			
Malformation utérine.....	3	1	1		
Cause inconnue.....	5	5			
	124	26	23	35	40

Deux décès de cause inconnue, l'un d'eux s'étant produit en nourrice.

Si nous voulons maintenant résumer ces faits, nous trouvons :

Deux morts par troubles digestifs où le sevrage aurait été facilement évitable, six cas de rougeole dus à une contamination de crèche, une observation de coqueluche imputable à la même cause, quatre décès par tuberculose que l'éloignement du parent malade aurait suffi à empêcher, trois syphilis non traitées, trois broncho-pneumonies contractées à la pouponnière ou à la crèche.

Au total seize enfants auraient été épargnés sur quarante si les conditions sociales leur avaient été plus favorables.

RÉSUMÉ DES FAITS APPORTÉS PAR L'ENQUÊTE

Nous voulons maintenant essayer de mettre en lumière les points qui se dégagent de la lecture de ces observations.

D'une part l'âge auquel les décès se produisent avec la plus grande fréquence.

En second lieu les maladies évitables du premier âge.

Enfin les différents facteurs, notamment d'ordre social qui jouent sur la mortalité infantile une action prépondérante.

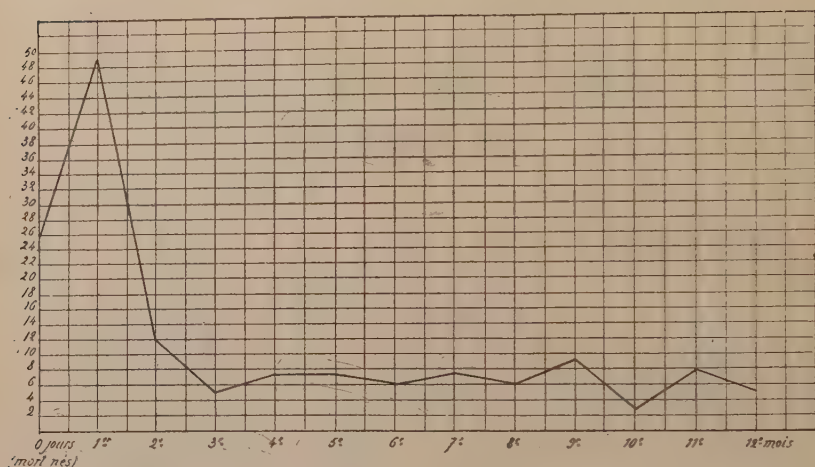
1° La mortalité suivant l'âge

Les décès sont particulièrement à redouter pendant les premières semaines de la vie.

A Vanves la moitié des enfants a succombé pendant le premier mois. A Plaisance 49 nourrissons sur 124 soit plus du tiers n'ont pas atteint trente jours d'existence.

La courbe que nous donnons ci-dessous indique bien la décroissance brusque des chiffres de décès à partir

du deuxième mois et le clocher que trace la mortalité des premières semaines.



*Courbe indiquant le nombre des décès suivant l'âge
(Quartier de Plaisance) 150 décès survenus du 1^{er} Avril 1927 au 1^{er} Avril 1928*

Si l'on s'en rapporte aux données beaucoup plus étendues fournies par la statistique du mouvement de la population, on obtient des pourcentages très comparables :

Le $\frac{1}{5}$ des décès de la première année survient dans les neuf premiers jours.

Le $\frac{1}{4}$ dans les quatorze premiers jours.

Plus du tiers pendant le premier mois.

Moins des $\frac{3}{5}$ le premier trimestre.

Plus des $\frac{3}{4}$ le premier semestre.

2° Les maladies évitables du premier âge

L'étude entreprise dans les régions de Vanves et de Plaisance ne pouvait se donner pour but de définir

avec précision, tout ce qui constitue encore actuellement la pathologie anonyme du nourrisson.

L'enquête était poussée avec le plus de soins possible tant auprès des familles que des médecins traitants, mais ce n'était évidemment pas là une méthode scientifique et l'autopsie n'est venu appuyer le diagnostic qu'un petit nombre de fois.

Telle qu'elle était conçue, elle a eu néanmoins l'intérêt de préciser la cause de la mort, beaucoup plus que la lecture des bulletins de décès et des statistiques officielles ne l'aurait fait, et surtout de montrer combien de maladies auraient été évitées si nous disposions de moyens d'action médicaux et sociaux plus puissants.

Nous apportons ici un tableau qui illustre les chiffres recueillis à Plaisance pendant les mois où s'est déroulée l'enquête.

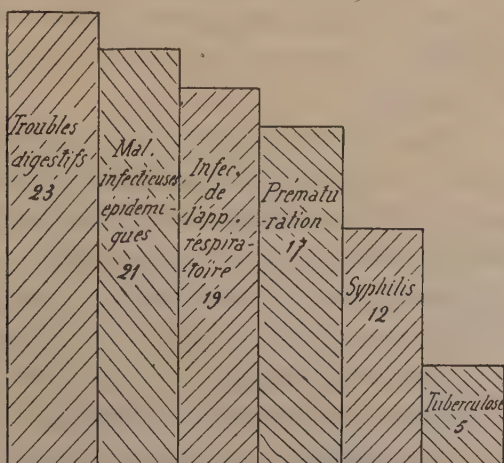


Tableau des principales causes de décès pour
124 décès de 0 à 1 an survenus dans le quartier
de Plaisance du 1^{er} Avril 1927 au 1^{er} Avril 1928

La prématuration est l'agent essentiel de la mortalité des premiers jours. Elle reconnaît deux causes principales :

L'une d'ordre social dont nous reparlerons : le surmenage maternel pendant la grossesse ;

L'autre d'ordre pathologique : la syphilis. Un traitement bien conduit permettrait à la grossesse de se poursuivre normalement.

Les troubles digestifs prennent une action prépondérante pendant les six premiers mois de la vie. Ils sont responsables du cinquième des décès à Plaisance. Ils relèvent presque toujours de fautes d'alimentation : erreurs liées à l'ignorance, souvent ; erreurs liées à la misère plus souvent encore, nous y reviendrons.

Les affections respiratoires et les maladies infectieuses épidémiques ont causé des chiffres de décès très voisins : 19 et 21 sur les 124 morts de Plaisance.

Leur influence s'est surtout fait sentir pendant le deuxième semestre.

Plusieurs de ces affections ne seraient pas survenues si les enfants avaient pu être élevés par leur mère.

La syphilis et la tuberculose sont intervenues respectivement dans douze et dans cinq observations. Sur la statistique municipale où la première n'était pas notée une seule fois, la seconde ne figurait que dans deux cas seulement. Ceci explique que les nomenclatures officielles ne rendent pas compte de la fréquence avec laquelle ces deux maladies interviennent dans les décès d'enfants.

Les chiffres donnés par A. Fournier, concernant la

mortalité due au tréponème sont impressionnants : Pour lui 68 % des grossesses de syphilitiques n'arrivent pas à terme. D'autre part les hérédo-syphilitiques meurent dans la proportion de :

28 % si la syphilis est d'origine paternelle ;

60 % si elle vient de la mère ;

68 % si les deux procréateurs sont malades.

En ce qui concerne la tuberculose, Lelong, dans sa thèse, établit que 82 enfants sur 100 restant exposés à la contagion bacillaire meurent dans leur première année.

Or syphilis et tuberculose sont au premier chef des affections évitables, l'une par le traitement, l'autre par la séparation complète du parent contaminateur.

3° Les facteurs qui influencent la mortalité infantile :

Nous avons vu quelles étaient les causes médicales de la mortalité du premier âge. Mais s'arrêter à celles-là serait ne pas vouloir saisir les faits dans leur réalité. Il faut en effet au delà des maladies, chercher les facteurs d'ordre social qui les ont déterminées. C'est alors que le pourcentage des affections évitables apparaîtra nettement.

La prématuration est fréquemment à l'origine des décès des premiers jours. Elle-même peut être liée à un état pathologique de la mère, notamment à la syphilis.

Mais la syphilis est une maladie curable. Un traitement bien conduit peut empêcher que le tréponème

poursuive son action dans la descendance. Il suffit que les parents se soignent. Voilà le point souvent difficile à obtenir du fait ou de l'ignorance, ou du mauvais vouloir. Contre la première, une propagande bien conduite peut réussir. mais contre l'entêtement, l'inintelligence, il est beaucoup plus difficile d'avoir gain de cause.

Le surmenage maternel est un facteur de prématuration très important à retenir. Comme il a été répété maintes fois, la mère est souvent condamnée à travailler, malgré son état de gestation, dans des conditions qu'aucun éleveur n'admettrait pour des femelles domestiques. Or le repos au cours de la grossesse a une influence très grande sur le poids de l'enfant d'une part, sur la durée de la grossesse de l'autre.

« Le poids de l'enfant d'une femme qui s'est reposée pendant les deux à trois derniers mois de sa gestation est supérieur d'au moins 300 grammes à celui de l'enfant d'une femme qui a travaillé debout jusqu'à l'accouchement ».

Ceci est la loi formulée par Pinard, et telle qu'elle découle des recherches faites par ses élèves Bachimont et Letourneur à la clinique Baudelocque et à la maternité de Tourcoing. Toutes les études faites à l'étranger ont apporté des résultats comparables (Thèse de Mme de Bernson, travaux du Dr Marie Martinetti à Turin, du Dr Bordé et Dr Vaccari à Bologne).

En second lieu le repos joue un rôle sur la durée de la grossesse. Les statistiques de Baudelocque fournissent encore des chiffres impressionnants :

Sur 1000 femmes ayant travaillé jusqu'au moment

de l'accouchement, 482 seulement ont mené leur grossesse à 280 jours et plus.

Sur 1000 femmes ayant séjourné au refuge ou au dortoir 660 femmes l'ont menée à terme.

Tout ceci montre l'influence considérable du surmenage et la nécessité absolue du repos de la femme enceinte pendant les derniers mois de sa grossesse.

Les premières semaines de la vie écoulée, l'action de la prématuration s'atténue et les troubles digestifs prennent une importance extrême.

A l'origine de ceux-ci que trouve-t-on le plus souvent : le sevrage prématuré.

Celui-ci est imposé rarement par une maladie de la mère (la tuberculose fait de l'allaitement artificiel une nécessité).

Il est rendu obligatoire par une hypogalactie durable dans un dixième des cas pour Marfan.

Plus habituellement la suppression de l'alimentation au sein témoigne de l'ignorance ou du mauvais vouloir de la mère et surtout du besoin absolu pour elle de travailler. Les ouvrages faits à domicile ne sont pas rémunérateurs. La femme doit prendre un emploi au dehors. Il est très exceptionnel que cette situation soit compatible avec l'allaitement au sein.

Or la santé du nourrisson se ressent grandement du sevrage prématuré. Un exemple va venir illustrer cette assertion. Il concerne l'état sanitaire du premier âge dans deux villes de France pendant la guerre.

L'une, située dans le Nord, a vu du fait des hostilités ses usines fermées et son ravitaillement en lait très pé-

nible, c'est Lille qui subissait l'occupation allemande. Les circonstances imposaient aux femmes privées à la fois de travail et de lait de vache pour leurs nourrissons, l'allaitement au sein. La fréquence de celui-ci était passé de 43% en 1914 à 90% en 1918. La mortalité par gastro-entérite des enfants de moins d'un an s'était abaissée de 47 à 33% de 1914 à 1918. Cependant que la mortalité générale de cet âge ne baissait que de 18 à 15. Ceci s'explique par l'augmentation du nombre des décès dû à la débilité congénitale en raison de l'alimentation défectueuse des nourrices.

Pendant ce temps une expérience inverse vérifiait la première à Bordeaux. Les usines fonctionnant activement embauchaient les femmes. D'autre part l'approvisionnement en lait était rendu difficile par la réquisition des fourrages.

L'adjonction de ces deux causes a influé déplorablement sur la courbe des décès de la première année. De 10,9% en 1912 elle est montée à 20% en 1916 et 23% en 1918.

L'éloignement de l'enfant de sa mère, ajoutant au sevrage la privation des soins est plus redoutable encore. Déterminé souvent par la nécessité où se trouve la femme de reprendre un emploi peu de temps après son accouchement, il compromet la vie du nourrisson. Ainsi que l'a écrit Th. Roussel « tout ce qui sépare l'enfant de sa mère le met en état de souffrance et en danger de mort ».

La séparation peut n'être que momentanée, c'est le cas

réalisé par le placement à la crèche dans la journée. Cette solution souvent adoptée par la femme qui travaille ne semble pas mauvaise. Le nourrisson peut recevoir de la sorte une alimentation mixte : biberons et têtées au sein trois fois par jour.

En réalité toutes les agglomérations offrent un danger très grand : le risque d'épidémies. Si les établissements comportaient des boxes pour isoler les enfants, les possibilités de contamination seraient réduits au minimum. Mais il n'en est rien. Le personnel, en nombre restreint, s'occupe successivement des bébés sans prendre de précautions spéciales. La surveillance médicale est nulle. Nous avons vu les tristes conséquences de cet état de choses et les ravages que peuvent causer la rougeole, la coqueluche ou la broncho-pneumonie (La mortalité dans les crèches varie de 40 à 50% d'après la thèse de Nguyen Van Luyen).

Les pouponnières où les enfants sont à demeure ne sont habituellement pas mieux comprises et ne permettent pas l'isolement de chaque nourrisson.

D'autre part elles imposent un allaitement exclusivement artificiel.

Mais la forme la plus redoutable de la séparation prolongée de la mère et de l'enfant est la mise en nourrice.

Il s'agit le plus souvent de femmes désireuses d'un gain facile qui ne donnent à leur nourrisson que des soins médiocres et une alimentation fantaisiste. Les résultats peuvent être appréciés à l'hôpital où les petits malades sont ramenés dans un état pitoyable.

Encore la situation s'est-elle améliorée depuis la promulgation de la loi Roussel en 1874.

Mais la différence de la mortalité des enfants allaités artificiellement dans leur famille, ou placés en nourrice varie comme l'ont montré les études de Bonnaire et Petit du simple au double.

Les conditions d'habitation sont un dernier facteur à retenir.

Quand une famille de plusieurs personnes est réunie dans une seule pièce, il est évident qu'en cas d'affection contagieuse, les mesures d'isolement seront impossibles à prendre.

L'enfant s'il est atteint devra être conduit à l'hôpital et exposé à toutes les surinfections qui aggravent le pronostic des maladies infectieuses aiguës dans les agglomérations d'individu.

D'autre part le nourrisson, élevé dans un local privé d'air et de lumière, se développera mal et présentera du rachitisme.

Juillerat et Fillassier dans une étude faite sur la mortalité infantile dans les différents quartiers de Paris ont pu classer ceux-ci en trois groupes :

1° Dans les arrondissements bien aérés où vivent les classes aisées le pourcentage des décès d'enfants de moins d'un an est de 6 à 9 %.

2° Dans les quartiers purement ouvriers, où le placement en nourrice est peu fréquent du fait de la bonne organisation des secours aux mères, le taux des morts varie de 14 à 19 %.

3° Dans les arrondissements qui englobent les vieilles

rues de Paris, la mortalité du premier âge est très élevée : elle atteint 42 % dans le XIV^e arrondissement.

Le pourcentage des mises en nourrice y est aussi considérable : 65 % dans ce même arrondissement.

Toutes les conditions étant égales d'ailleurs, le taux de mortalité des tout petits variera encore avec l'intelligence ou la compréhension maternelle, avec le mauvais vouloir ou les soins empressés. Il est évidemment une classe qui constitue la lie de la société où toute action médico-sociale est impossible, l'entêtement et l'amoralité absolue ajoutant leurs effets à ceux de la misère et de l'ignorance.

Nous avons essayé de montrer quels facteurs avaient une action sur les décès du premier âge. Voyons quels remèdes il conviendrait d'y apporter,

LES REMÈDES A APPORTER A LA MORTALITÉ INFANTILE

Ce qu'est l'assistance médico-sociale Ce qu'elle devrait être

L'action à déployer contre la mortalité infantile doit s'exercer dans une double voie. Ainsi que l'a excellemment définie Mlle le Dr Labeaume dans son *Précis sur l'Hygiène sociale du premier âge*, elle doit comprendre la lutte contre l'ignorance, c'est l'assistance médicale, la lutte contre la misère, c'est l'assistance sociale.

1° La lutte contre l'ignorance : l'assistance médicale

Les soins médicaux doivent être donnés avant la naissance de l'enfant. La surveillance de la grossesse est indispensable pour dépister l'albuminurie et prévenir l'éclampsie, pour reconnaître une présentation vicieuse et par une manœuvre exercée en temps utile éviter une dystocie sérieuse. Dans la plupart des hôpitaux existent des consultations prénatales.

Au moment même de l'accouchement des maternités parisiennes offrent aux femmes du département tous

les secours désirables. Ceci est un avantage que présente la ville sur la campagne où les faits de mortalité par traumatisme obstétrical sont extrêmement fréquents.

Après la naissance le nouveau-né doit être examiné et suivi régulièrement afin que soient prévenues des erreurs grossières dans l'alimentation. Il est une série d'institutions qui offrent cette surveillance médicale, ce sont les consultations de nourrissons et les gouttes de lait.

La première consultation de nourrissons a été fondée par Budin en 1892 dans son service de l'hôpital de la Charité, dans le but « de surveiller, de diriger et d'aider les mères désireuses de bien faire, mais ignorantes et pauvres ».

La première goutte de lait a été organisée par M. Dufour à Fécamp en 1893. Elle se proposait de distribuer aux enfants soumis à l'allaitement artificiel du lait de bonne qualité et dosé suivant les indications du médecin.

Depuis cette époque consultations et gouttes de lait se sont multipliées. Tandis qu'initialement les unes devaient s'occuper de la direction de l'allaitement au sein, et les autres de la conduite de l'allaitement artificiel, secondairement elles s'occupèrent indistinctement des nourrissons sevrés ou non. Toutes s'efforcent de multiplier l'alimentation par le lait maternel.

Les résultats obtenus sur la mortalité infantile ont été excellents. Dans tous les départements où leur action s'est étendue, des abaissements de chiffres de décès ont

été constatés : A Arques ils descendent de 19 % à 12,6 % ; dans l'Yonne de 11,6 à 8,5 %.

Aux consultations de nourrissons s'ajoutent quelquefois heureusement des consultations destinées aux femmes enceintes et des dispensaires anti-vénériens où les traitements sont appliqués avec régularité.

De plus des infirmières visiteuses allant dans les familles distribuer leurs conseils et leurs soins complètent l'action du médecin.

Mais l'écueil de cette organisation est que la surveillance médicale n'étant pas obligatoire, seules les mères de bonne volonté viendront s'y soumettre.

En dernier lieu l'éducation du public est poursuivie ; l'effort vise surtout la jeunesse, car il est plus facile d'instruire des esprits neufs que de lutter contre des préjugés établis. C'est dans ce but que des cours de puériculture sont faits aux filles des écoles primaires et que des films tels que ceux réalisés par le Docteur Devraigne, s'efforcent par des images amusantes de répandre les principes d'hygiène.

2° La lutte contre la misère : l'assistance sociale

L'assistance sociale doit viser à secourir : d'une part la femme pendant sa gestation, afin que soient évités les effets désastreux du surmenage maternel, d'autre part la mère nourrice afin de prévenir le sevrage et la séparation prématurée.

Voyons comment l'aide sociale s'exerce actuellement dans cette double voie,

1° La protection de la femme enceinte.

a) L'ASSISTANCE LÉGALE.

C'est en 1909 que fut pour la première fois soulevé le problème de l'assistance légale de la femme en couches. Engerand édicta une loi qui accordait un repos de maternité facultatif sans allocation compensatrice

La loi Paul Strauss date de 1913 remaniée en 1917 elle est devenue la loi d'assistance aux femmes en couches. Elle accorde :

Un repos de huit semaines, quatre semaines avant et quatre semaines après l'accouchement.

Une allocation journalière pendant cette période de 1 fr. 75. Il s'y ajoute 1 fr. 50 par jour de prime d'allaitement.

La loi Paul Strauss qui prévoyait une prime d'allaitement pendant le premier mois a été complétée par la loi du 24 octobre 1919 qui attribue aux femmes déjà bénéficiaires de la loi Paul Strauss et à elles seules, une allocation d'allaitement de quinze francs par mois pendant la durée de l'allaitement fixée à douze mois.

Quelles critiques peut-on adresser à cette législation ? Elles apparaissent immédiatement.

D'une part *le repos avant l'accouchement est très insuffisant*. Quand il pourrait s'appliquer l'enfant est souvent né prématurément. C'est pendant les quatre derniers mois de la gestation que la cessation du travail avec allocation compensatrice devrait être octroyée.

En second lieu *le repos après l'accouchement est très insuffisant*. Il devrait se prolonger au moins deux mois

Enfin le *taux des indemnités allouées est dérisoire*. Aussi la loi française ne contient-elle pas l'obligation au repos. Elle offre à la femme le repos contre une allocation inutilisable et la condamne ainsi à travailler.

b) L'ASSISTANCE PRIVÉE.

Les organisations privées s'efforcent de lutter contre les lacunes de la législation française. Nous avons vu par exemple quelle était l'action de l'œuvre de la protection maternelle et infantile de Plaisance.

Les mutalités maternelles sont formées par l'association mutuelle des mères pauvres et riches ayant pour but de donner aux sociétaires, lorsqu'elles seront en couches une indemnité suffisante.

Il existe des organisations patronales qui accordent une prime dans les familles nombreuses à partir de la naissance du quatrième enfant.

c) ORGANISATIONS DÉPARTEMENTALES ET COMMUNALES,

Elles ont créé des asiles : tels que l'asile Michelet qui peut abriter deux cents femmes en gestation de plus de sept mois.

Les Maisons Maternelles sont des refuges-ouvriers où les abandonnées sont reçues, accouchent et demeurent tant qu'elles allaitent leur enfant.

La première fondation de ce genre date de septembre 1914 où à St-Etienne le Docteur Merlin aidé du préfet, M. Lallemand, inventa le mot et la chose. Depuis d'autres établissements se sont créés qui ont donné d'excellents résultats. Mais les femmes ne s'astreignent pas toujours de bonne grâce à cette privation de leur liberté pendant une année entière.

2 La protection de la mère nourrice.

a) L'ASSISTANCE LÉGALE.

Nous l'avons vu elle est inexistante : Elle accorde pendant un an une prime de quinze francs par mois à toute femme allaitant son enfant.

Cependant en 1917 une loi a voulu assurer la protection de l'enfant de l'ouvrière d'usine. Elle était ainsi conçue :

« Les chefs d'établissement occupant plus de cent femmes de plus de quinze ans *peuvent être mis en demeure* d'installer dans leurs établissements ou à proximité des chambres d'allaitement ».

Cette loi n'indiquait pas une obligation absolue, la plupart des industriels s'y sont soustraits.

Qu'est-ce donc qu'une chambre d'allaitement ? C'est un local attenant à l'usine où les femmes apportent leurs nourrissons et viennent leur donner le sein à des intervalles réguliers. Pour fonctionner avec efficacité elle doit ne pas se départir des principes suivants :

Les frais doivent en être assumés par le chef de l'établissement.

La mère doit avoir dans la journée à plusieurs reprises une demi-heure pour allaiter l'enfant.

Le salaire doit rester intégral.

La chambre doit être réservée exclusivement à l'allaitement au sein.

La mère doit y trouver un intérêt financier. La suppression de 40 ou 50 francs que lui aurait coûté « l'éleveuse » du quartier, l'octroi d'une soupe chaude à midi.

La première chambre d'allaitement a été fondée par M. Dupont de Beauvais en 1846. Elles se sont répandues dans le département du Nord grâce à l'active propagande du docteur Potelet de Lille.

Les résultats obtenus ont été excellents.

Avant leur création, dans certaines usines du Nord, tous les enfants des ouvrières étaient élevés au biberon. Leur mortalité atteignait 20 % dans la première année.

Depuis, l'alimentation au sein s'est répandue dans la proportion de 41 % et la mortalité s'est abaissée à 2 %.

Mais des objections peuvent s'élever contre ces chambres.

D'une part elles comportent le transport des nourrissons matin et soir, quelquefois à une grande distance.

D'autre part le travail très astreignant de l'usine ou du grand magasin n'est pas toujours compatible avec la fatigue de l'allaitement.

Enfin le prix de revient par enfant s'est beaucoup élevé depuis la guerre.

b) L'ASSISTANCE PRIVÉE.

C'est elle qu'offrent les maisons maternelles, les cantines pour les mères nourrices et les bons d'alimentation que délivrent les consultations de nourrissons.

3° La protection de l'enfant séparé de sa mère.

Les lois françaises en ne protégeant pas la mère nourrice l'ont contrainte à se séparer de son enfant pour travailler.

Deux éventualités s'offrent alors à elle :

La mise du bébé à la crèche ;

L'envoi en nourrice.

Les crèches sont des garderies d'enfants en bas âge. La première crèche a été fondée par Marbeau en 1844. Deux ans après il fondait la Société des crèches qui fut reconnue d'utilité publique en 1869. Nous avons vu quels dangers d'épidémie présentaient ces sortes d'établissements. Pour être bien compris, ils devront assurer l'isolement des nourrissons.

Elles constituent néanmoins une solution moins déplorable que l'envoi en nourrice. Pratiqué de longue date, celui-ci a toujours entraîné une mortalité considérable. La législation française a fini par s'émouvoir et s'étant désintéressée de la mère elle a voulu protéger l'enfant.

La loi de protection des enfants du premier âge connue sous le nom de « loi Roussel » a été édictée en 1874. Elle formulait le principe suivant : « Tout nourrisson de moins de 2 ans, qui est placé, moyennant salaire, en nourrice, en sevrage ou en garde, hors du domicile de ses parents, devient par ce fait l'objet d'une surveillance par l'autorité publique, ayant pour but de protéger sa vie ou sa santé ».

D'autre part cette loi assure la protection de l'enfant de la nourrice : une mère ne pouvant se placer chez des particuliers si son enfant n'a pas 7 mois révolus.

Ces mesures apportaient des améliorations, mais elles comportaient bien des lacunes. Un amendement déposé par Strauss et Dron en 1921 étend à tous les enfants en

bas âge placés hors du domicile de leurs père et mère la protection légale. Il reconnaît d'autre part que la surveillance médicale pourra être exercée par les consultations de nourrissons existantes, mais n'oblige pas à en créer.

Aussi malgré les résultats obtenus, le placement en nourrice n'en demeure-t-il pas moins une éventualité fâcheuse.

Que peut-on proposer de plus favorable aux mères obligées de se séparer de leurs enfants ?

Les pouponnières. — Ce sont des internats de nourrissons soumis à une surveillance médicale. La première fondée à Porchefontaine en 1891, reçoit les enfants de moins de 3 ans. La pouponnière de la Santé, rue d'Alésia, les admet jusqu'à 15 mois.

Dans ces deux établissements des nourrices sont recueillies avec leur bébé de façon que puisse être institué l'allaitement mixte.

L'Entr'aide des Femmes Françaises a créé quatre pouponnières.

On y pratique exclusivement l'allaitement artificiel.

La Fondation Parquet à Courbevoie primitivement destinée à élever des nourrissons sains, accueille depuis 1924 des convalescents.

La pouponnière de Porchefontaine, l'Institut de Pédiatrie de Strasbourg, la fondation Blum-Ribes de Montreuil admettent des débiles.

Tous ces établissements évitent par le boxage des salles les dangers d'épidémie. Une surveillance médicale attentive y est pratiquée. Mais leur prix de revient

est extrêmement élevé ; aussi devraient-elles être destinées à recueillir les enfants chétifs ou suspects, ayant besoin d'examens répétés tandis que leur généralisation ne saurait entrer dans le domaine des réalisations pratiques :

Les centres d'élevage sont beaucoup plus intéressants à retenir. Ils ont pour objet de placer les nourrissons artificiellement allaités chez des éleveuses sous la surveillance d'un médecin et d'une infirmière visiteuse, celle-ci étant chargée de prolonger l'action médicale en la rendant presque quotidienne.

Ils sont basés sur les résultats obtenus par l'œuvre Grancher qui depuis 1903 réalise le placement familial pour les enfants de plus de 3 ans exposés à un contact tuberculeux.

Le premier centre a été réalisé par les Nids de Porchefontaine en 1909. Ils se sont multipliés depuis.

Cette organisation a l'avantage de se rapprocher de la vie normale de la famille en confiant un seul nourrisson à chaque femme. Dans les régions où les nourrices sont dociles, où les habitations sont propres et groupées autour du domicile de l'infirmière-visiteuse, les résultats les meilleurs ont été obtenus.

L'Administration des Enfants Assistés a adopté pour les nouveau-nés reconnus normaux à leur entrée une conduite dont elle n'a eu qu'à se louer depuis.

Séjour pendant quelques semaines du bébé à la pouponnière. Puis quand il a pris quelques forces il est envoyé dans un centre de placement familial. La mortalité des assistés de zéro à un an avait toujours été considé-

nable puisqu'elle était de 38 % en moyenne et dépassait même 75 % dans deux départements (Meuse et Meurthe-et-Moselle) d'après une enquête menée en 1921 à l'instigation du ministère de l'hygiène, elle n'atteignait plus que 15 % en 1925 et 9,22 % en 1927.

Telle est brièvement exposée, l'aide qui est offerte à la mère et à l'enfant.

L'assistance médicale se développe. Elle a déjà produit de très heureux résultats. Il faudrait la rendre obligatoire. L'assistance sociale est pratiquement inexistante.

Les lois françaises sont inefficaces. Elles n'assurent pas le repos indispensable avant et après l'accouchement. Elles ne permettent pas à la femme de s'occuper du nouveau-né ; elles imposent le sevrage ou la séparation définitive.

La mise à la crèche, l'envoi en nourrice, et quelquefois l'abandon qui sont les tristes conséquences de cette inexistence de l'action sociale, mettent l'enfant en danger de mort.

Tous les efforts des législateurs doivent tendre à améliorer cette situation et pour sauver chaque année des milliers de vie humaines, permettre à la femme d'être, suivant l'expression heureuse de Lagneau « la nourrice payée de son enfant ».

CONCLUSIONS

La mortalité du premier âge est considérable en France. Si l'on englobe sous ce titre les cas de mortinatalité et les décès d'enfants de moins d'un an, les chiffres s'élèvent à près de 100.000 morts par an.

Un enquête internationale effectuée à l'instigation du Comité d'hygiène de la Société des Nations vient d'avoir lieu dans plusieurs pays d'Europe. Elle s'était proposée pour but l'étude des causes de la mortalité du premier âge. Le principe sur lequel elle était basée était absolument nouveau : il consistait à substituer au système habituel de documentation par les statistiques officielles, système trop souvent entaché d'erreur, des recherches effectuées à propos de chaque décès, tant auprès des familles que des médecins traitants. Le but était de définir avec le plus de précision possible la cause de la mort et les conditions sociales dans lesquelles avait vécu l'enfant.

Notre thèse est inspirée par une partie très limitée de cette enquête, celle qui a été faite dans la région parisienne.

Ces recherches ont eu lieu à VANVES et à PLAISANCE.

A VANVES, quartier où les conditions d'existence sont assez bonnes, dix sept cas de morts dans la première année ont été observés.

A PLAISANCE, quartier peu favorisé, l'enquête a pu porter sur 150 décès.

L'étude des observations montre :

1° La très grande mortalité dans les premiers mois d'existence. Elle représente plus du tiers de la mortalité dans la première année.

2° La fréquence relative des causes de mort suivant la période considérée.

Pendant les dix premiers jours de la vie, la prématuration est le facteur essentiel, elle reconnaît surtout pour causes le surmenage maternel et la syphilis.

Pendant les six premiers mois de la vie : Ce sont les troubles digestifs qui interviennent avec le maximum de fréquence. Ils sont liés au sevrage précoce, imposé exceptionnellement par une raison médicale, assez souvent par le mauvais vouloir ou l'ignorance, plus habituellement par la nécessité où se trouve la mère de se séparer de son enfant pour travailler.

Pendant cette période de la vie les maladies de l'appareil respiratoire viennent en seconde ligne comme facteurs de décès puis la syphilis et la tuberculose.

Pendant les six derniers mois de la vie : les affections broncho-pulmonaires et les maladies infectieuses interviennent avec une fréquence presque égale. Ils sont liés

souvent à des épidémies de crèches. Les troubles digestifs passent au second plan.

En résumé les quatre principales causes de morts au cours de la première année sont la prématuration, les troubles digestifs, les affections broncho-pulmonaires et les maladies contagieuses.

Ces affections ont souvent elles-mêmes à leur origine des causes sociales : ignorance ou misère.

C'est en développant les organisations d'assistance sociale : les consultations de nourrissons avec surveillance de tous les nouveau-nés par les infirmières visiteuses, en augmentant les secours destinés aux mères qui allaitent, en multipliant les centres d'élevages surveillés destinés aux enfants séparés, qu'on luttera avec efficacité contre la mortalité du premier âge.

Vu, le Doyen,

H. ROGER.

Vu, le Président de la thèse,

LÉON BERNARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE (1)

BACHIMONT (Charles). — Documents pour servir à la puériculture intra-utérine (1898).

BACHIMONT (Alexandre). — De la puériculture intra-utérine au cours des grossesses gémellaires (*Thèse de Paris*, 1899).

BALESTRE et GILLETTA, de St-Joseph. — Mortalité de la première enfance dans la population urbaine de la France de 1892 à 1897 (Paris, Doin 1901).

P^r BERNARD Léon. — Rapport sur les maisons maternelles (*Bulletins de l'Académie de Médecine*, novembre 1922, p. 303).

DE BERNSON (Mme). — Nécessité d'une loi protectrice pour la femme ouvrière avant et après ses couches (*Thèse de Lille*, 1899).

BERTILLON. — Rapport sur la mortalité des enfants de 10 jours à un an (*Revue philanthropique*, 15 mai 1905).

BOISSERIE-LACROIX. — Etude statistique de la mortalité des enfants du premier âge à Bordeaux (*Journal Méd. de Bordeaux*, 1922, p. 415).

BOISSERIE-LACROIX. — La lutte contre la mortalité infantile à Bordeaux (*Journal Méd. de Bordeaux*, 1923, p. 713).

(1) Nous nous excusons de n'apporter qu'une bibliographie sommaire étant donné l'étendue du sujet. Elle ne figure ici qu'à titre d'indication.

BOUBE. — De la mortalité dans les dix premiers jours de la vie (*Thèse de Paris*, 1908-1909).

BRETON, PONCET-DUCAMP et VANVERTS. — La mortalité infantile à Lille pendant l'occupation allemande (*Le Nonnrisson*, 1919, p. 271).

BUDIN. — La mortalité infantile de 0 à un an (*L'Obstétrique*, 1903, p. 1).

BUDIN. — La ville de Paris et la mortalité infantile (*Revue philanthropique*, 10 février 1904).

BUDIN. — La mortalité infantile dans les Bouches-du-Rhône (*Revue philanthropique*, t. XX, p. 549).

BUDIN. — Les moyens de combattre la mortalité infantile (*Revue philanthropique*, t. X, p. 257).

CAYROL-BLUM (Mme). — Mortalité infantile à Montpellier (*Thèse de Montpellier*, 1902).

CHALMERS (A. R.). — Anténatal hygiene and its relations to mortality in the first month of life (*Nat. Conf. in Mort. Liverpool*, 1914).

CHAMBRELENT. — La mortalité infantile à Bordeaux pendant les années de guerre, comparée à celle de quelques autres villes de France (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 25 juin 1919).

CHARRIÈRE. — La mortalité infantile (*Gaz. Hôp.*, 1905, p. 1263 et 1275).

Mlle CHARRONDIÈRE. — Le travail professionnel de la femme et la natalité (*Congrès de la natalité de Rouen*, 1920).

COMBE. — Précis d'Hygiène infantile et de puériculture (Baillière, 1918).

COMBY (J.) — Le problème de la dépopulation (*Archives de médecine des enfants*, 1911, p. 291).

Mlle CONSIGNY. — Maternité et travail. La mère et le nourrisson dans la famille ouvrière (*la Réforme sociale*, 1927).

Pr COUVELAIRE. — In Médecine sociale. Collection Sergeant,

P^r COUVELAIRE. — Directives générales sur les moyens de combattre la mortalité des enfants du premier âge (*Revue d'Hygiène et de police sanitaire*, 1921, p. 33).

P^r COUVELAIRE. — Puériculture intra-utérine (*Annales de gynécologie et obstétrique*, mai 1903, p. 466).

P^r COUVELAIRE. — La mortinatalité (*Presse Médicale*, 19 novembre 1921).

CRUVEILHER. — Mortalité infantile à la campagne (*Revue phil.*, 1911, t. XXX).

CRUVEILHER. — Mortalité infantile et taudis (*Le Nourrisson*, 1^{re} année, n° 5, septembre 1913).

DELAIR. — Mortalité infantile à Paris en 1913 et en 1920 (*Rapport à la Commission départementale de la Natalité*).

DESCHAMPS (Maurice). — Dépopulation de la France. Ignorance et misère (*Thèse Paris*, 1911).

FELHOEN. — De l'élevage du nourrisson dont la mère travaille à l'usine (*Rapport au premier congrès national de la protection du premier âge*, Bordeaux, mai 1913).

GIRARD et BORDAS. — Le lait et la mortalité infantile dans les principales villes de France (*Ann. Hyg. publ.*, août 1902).

GUILLON et GUIRAUD. — Mortalité infantile, statistiques, principales causes (*Traité Sergent, Médecine sociale*).

GUILLON. — Essai sur mortalité infantile dans le département de la Vienne (*Thèse Paris*, 1897).

HUGUES (Elisabeth). — Infant Mortality (*U. S. Children's Bureau public*, n° 112, Washington, 1923).

HUSSON. — Discours sur la mortalité des jeunes enfants (Baillière, 1866).

ICHOK. — Les chambres d'allaitement (*Thèse Paris*, 1927).

ICHOK. — Mortalité des enfants en milieu tuberculeux (*Revue d'Hygiène et de médecine préventive*, 1927, p. 615).

JUILLERAT et FILLASSIER. — Dix années de mortalité

parisienne chez les enfants de 0 à 14 ans (*Revue philanthropique*, t. XXXV, 1914, p. 147).

JUILLERAT et FILLASSIER. — La mortalité infantile dans les différents quartiers de Paris et le logement (*Revue philanthropique*, année 1916, p. 321).

JUILLERAT. — Le logement dans la lutte contre la mortalité infantile (*Scientifica*, septembre 1913, n° 69, p. 1177).

JUBER. — De la mortalité infantile (*Thèse Nancy*, 1895).

LABEAUME (Mlle le Docteur). — Hygiène Sociale du premier âge (*Thèse Paris*, 1924).

LABEAUME. — Maternité et travail (*Annales d'hygiène*, septembre 1927).

LANDOUZY. — De la mortalité parisienne du premier âge. Ses rapports avec la tuberculose (*Revue de Médecine*, 1888, p. 777).

LEFAS. — Rapport au premier congrès des Commissions Départementales de la Natalité, 1921).

LEROY. — Mortalité infantile dans la Sarthe (*Thèse de Paris*, 1922).

LESAGE. — L'enfant de l'ouvrière d'usine et la mortalité infantile (*Paris Médical*, 3 février 1917).

LESAGE. — La lutte contre la mortalité des premiers jours et la mortinatalité (*Congrès intern. protec. enfance*, Bruxelles, 1921).

LETOURNEUR. — De l'influence de la profession sur le poids de l'enfant (*Thèse Paris*, 1897).

A. LEVY. — De la mortalité des enfants illégitimes (*Revue philanthropique*, t. XXVI, p. 432, t. XXVII, p. 151, t. XXIX, p. 304).

D^r Mme LICHVA SARRAUTE-LOURIE. — De l'influence du repos sur la gestation. Etude statistique (*Thèse Paris*, 1899).

LORCIN. — Etude sur la mortalité dans la classe ouvrière (*Thèse Paris*, 1896-1897).

LORIOU (Maurice). — Sur la mortalité infantile et l'alimentation des nourrissons (*Thèse Paris*, 1911).

LULING. — Mortalité de nourrissons en rapport avec la modalité de leur alimentation (*Paris*, 1900).

MERY et RIBADEAU-DUMAS. — Rapport sur l'élevage des nourrissons en dehors de la famille au Congrès des Pédiatres de langue française (Juillet 1922).

MONORY. — Etude sur la mortalité infantile (*Thèse de Paris*, 1905-1906).

MOURIER. — Pouponnières et centre d'élevage (*Le Nourrisson*, mai 1927).

MOURIER. — La conjugaison de la pouponnière et du centre d'élevage en puériculture (*Bull. Ac. méd.*, 14 février 1928).

NEWSHOLME A. — Mortality in the first month afterbirth and possibilities of its reduction (*National Health* 1922, p. 4).

NGUYEN VAN LUYEN. — Etude médico-sociale de la mortalité du premier âge (*Thèse de Paris*, 1928, n° 97).

NOBÉCOURT et SCHREIBER. — Hygiène sociale de l'enfance (Masson 1922, p. 45).

NOBÉCOURT et SCHREIBER. — Natalité et mortalité infantiles (*Arch. méd. enfants*, 1920).

PALMER. — Infant mortality in 1922 (*Mother and Children*, 1923, p. 357).

PETIT (Léon). — Le droit de l'enfant à sa mère (*Thèse de Paris*, 1895).

J. PEYROT. — La mortalité infantile et ses remèdes dans le Palatinat pendant la guerre (*Arch. méd. enfants*, 1920, p. 458).

A. PINARD. — Rapport sur la puériculture dans ses périodes initiales (*Annales de gynéc. et obstétr.*, février 1903, p. 93).

VON PIRQUET. — Note sur la diminution de la mortalité infantile sauf parmi les nouveau-nés (Vienne 1928).

RÉBEILLARD. — Rapport au conseil général de la Seine sur le service des Enfants Assistés pendant l'année 1921 (Montevran, *Imprimerie de l'Ecole d'Alembert*, 1922, p. 39).

J. RENAULT et LABEAUME. — Crèches pouponnières Centres d'élevage (*Traité Sergent*, t. XXIV).

RIBADEAU-DUMAS. — Les applications de la médecine sociale au nourrisson avec l'indication des principaux centres d'élevage (*Traité de Sergent*, t. XXIV, 2^e fascicule).

ROTHSCHILD. — La mortalité par gastro-entérite chez les enfants de 0 à 1 an (*Bulletin médical*, février 1900).

P. STRAUSS. — Natalité et mortalité comparée en France et dans divers pays (*Bull. Ac. méd.*, janvier 1928).

STRAUSS. — Discours au Sénat sur enquête sur mortalité des Enfants Assistés (*Journal Officiel* au 21 octobre 1922).

STRAUSS. — Rapport général sur causes de mortalité (*Revue philanthropique*, t. XXXI, p. 96 et 225).

THIERRY-DETAILLE. — De la mortalité infantile dans les 4 premières semaines de la vie (*Thèse Paris*, 1913-1914).

TURQUAN. — La mortalité des Enfants Assistés (*Revue philanthropique*, t. XX, p. 10).

H. ULMER. — La mortalité infantile en France de 1871 à 1926 (*Bull. de la statistique générale de la France*, décembre 1927).

VACCARI. — Sulla sviluppo del feto in rapporto alla professione della madre (Ferrare 1902).

VAN INGEN (Philip). — Mortalité infantile aux Etats-Unis (*Mother and Children*, 1923, p. 168 et 365).

VEIL-PICARD (Raoul). — Les centres de puériculture (*Thèse Paris*, 1927).

VITREY. — Contribution à l'étude de la mortalité infantile en rapport avec le mode d'allaitement (*Thèse de Lyon*, 1906-1907, n° 92).

WALLICH. — Mortalité infantile des 4 premières semaines (*Rapport présenté au XXI^e congrès internat de Médecine de Londres, 1913. Section VIII. Obst. et gynéc.*).

WALLICH. — Rapport à l'Académie de médecine sur les documents transmis à la Commission permanente de l'Hygiène de l'Enfance pour 1921 (*Bull. Acad.*, 20 novembre 1923, p. 342).

WALLICH. — Rapport sur les pouponnières, présenté à la Conférence Nationale de la Ligue contre la mortalité infantile (mai 1920).

WEILL-HALLÉ et NGUYEN VAN LUYEN. — Mortalité des dispensaires de l'école de puériculture, années 1926-1927 (*Bulletin Soc. de Pédiatrie*, février 1928).

1929. Saint-Amand (Cher) — Imp. A. CLERC



